الدكتورة / سهير محمود أمين عبدالله



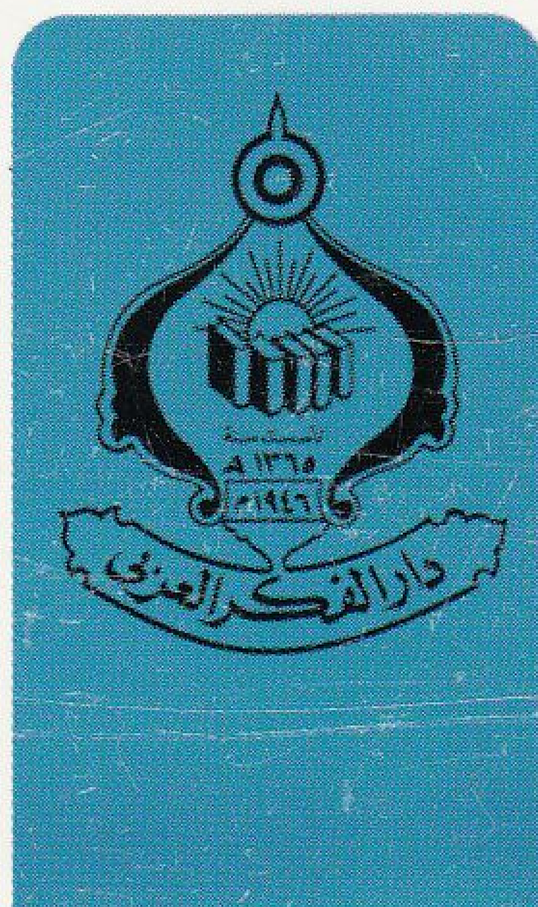





# الإرشاد النفسي

## لذوي الاحتياجات الخاصة





# الإرشاد النفسي
# لذوي الاحتياجات الخاصة

الدكتورة
سهير محمود أمين عبد الله
أستاذ الصحة النفسية
كلية التربية – جامعة حلوان

الطبعة الأولى
١٤٣١هـ/ ٢٠١٠م

ملتزم الطبع والنشر
دار الفكر العربي
٩٤ شارع عباس العقاد – مدينة نصر – القاهرة
ت: ٢٢٧٥٢٧٩٤– فاكس: ٢٢٧٥٢٧٣٥
٦ أشارع جواد حسني – ت: ٢٣٩٣٠١٦٧
www.darelfikrelarabi.com

| | |
|---|---|
| ٣٧١,٩ | سهير محمود أمين عبد الله. |
| س هـ إ ر | الإرشاد النفسي لذوي الاحتياجات الخاصة/ سهير محمود أمين عبد الله.- القاهرة: دار الفكر العربي، ١٤٣١هـ = ٢٠١٠م. |
| | ٣٦٥ص؛ ٢٤ سم. |
| | بيليوجرافية: ص٣٣٧-٣٦٥. |
| | تدمك: ٧-٢٥٣١-١٠- ٩٧٧. |
| | ١- احتياجات خاصة، إرشاد نفسي. ٢- احتياجات خاصة، علاج نفسي. ٣- احتياجات خاصة، إرشاد أسرى. |
| | ٤- احتياجات خاصة، صعوبات تعلم. أ- العنوان. |

**جمع إلكترونى وطباعة**



التنفيذ الفنى

وائل الوسيمي

| | |
|---|---|
| رقم الإيداع | ٢٠٠٩/١٦٨٤٨ |

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿... سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا
إِنَّكَ أَنتَ الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ ﴿٣٢﴾﴾ (البقرة)

# إهـــداء

**إلى النفس المطمئنة .**

**إلى النفس التي رجعت إلى ربها راضية مرضية.**

**إلى روح ولدي الحبيب الدكتور أيمن محمود خفاجي.**

أهدي كتابي هذا ....

راجية من المولى أن يدخله جنته مع النبيين

والصديقين والشهداء والصالحين وحسن أولئك رفيقا

الدكتورة

سهير محمود أمين

# المقدمة

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على أشرف المرسلين سيدنا محمد ﷺ

لقد أصبح التخصص في مجال الإرشاد والعلاج النفسي من التخصصات الهامة، لازدياد حاجة الفرد المعاصر إلى من يأخذ بيده ويساعده في عالم تتسارع حركته يوماً بعد يوم، وتتشابك فيه الظروف وتتباعد فيه العلاقات بين الأفراد، مما ينتج عنه مزيداً من الضغوط على الإنسان في مراحل عمره المختلفة من الطفولة إلى الشيخوخة.

والإنسان كائن في تغير دائم يعتريه أحياناً الوهن والخمول ويحتاج إلى المساعدة ليكتشف نفسه، ويعرف قدراته ويكتشف إمكانياته ويتجاوز توتره وضعفه وغضبه وحيرته واكتئابه؛ ولذا فهو في حاجة إلى إرشاد ونصح الآخرين وتبصيره للوصول إلى المعرفة السليمة من خلال برامج الإرشاد النفسي.

أما الإرشاد النفسي في مجال التربية الخاصة فهو عبارة عن مجموعة الخدمات أو برامج إرشادية تقدم للطفل المعاق وتتضمن هذه الخدمات الإسهام في إعداد وتقديم برامج الرعاية للطفل، وإعداد وتقديم برنامج لكل أسرة لديها طفل معاق، وهو ما يعرف بتفريد خطة رعاية الأسرة أو برنامج تعليمي للطفل والذي يقوم على دراسة حالة الطفل وتشخيص قدراته وظروفه الأسرية، هذا بالإضافة إلى ضرورة الاهتمام ببرامج الإرشاد المقدمة لأسرة المعاق لمساعدتهم على الوعي بمشاعرهم نحو الطفل وتفهم حالته واستثمار أكبر قدر مما لديهم من إمكانيات نحو التعليم

واكتساب المهارات اللازمة لمواجهة المشكلات والضغوط الناتجة عن وجود معاق بالأسرة.

ويتناول هذا الكتاب في الفصل الأول المنطلقات النظرية من خلال عرض للمفاهيم الخاصة بالإرشاد النفسي وأهداف واستراتيجيات الإرشاد النفسي.

**وفي الفصل الثاني** قدمت المؤلفة عرضاً للمنطلقات النظرية المعاصرة والمستقبلية للإرشاد والعلاج النفسي؛ ويتضمن نظرية الذات ونظرية العلاج العقلاني الانفعالي ونظرية العلاج المعرفي السلوكي.

**وفي الفصل الثالث** تتناول المؤلفة الإرشاد الأسري في مجال ذوي الاحتياجات الخاصة من حيث الأسس التي يقوم عليها الإرشاد النفسي ودور الأسرة في الحد من تأثيرات الإعاقة ثم الخطوات العملية للإرشاد الأسري.

**ثم أفردت المؤلفة الفصول الرابع والخامس والسادس** لتطبيقات نظريات الإرشاد والعلاج النفسي في مجال ذوي الاحتياجات الخاصة؛ ففي الفصل الرابع يتضمن برامج تطبيقية للإرشاد الأسري لتحسين الأداء الوظيفي الوالدي لأسر الأطفال المعاقين عقليًا وسمعيًا .

**أما الفصل الخامس** فيتضمن برنامجاً علاجيًا تكامليًا لتحسين صعوبات التعليم النهائية.

**والفصل السادس** تناولت المؤلفة برنامجاً للأنشطة التربوية لتحسين مهارات التواصل اللفظي لدى الطفل المتأخر لغويًا ، موضحة أهمية التواصل اللفظي لدى الطفل وما ينتج عنه من مشكلات مثل الانطواء والخجل لدى الطفل المتأخر لغويًا.

**كذلك تناولت المؤلفة في الفصل السابع** اضطراب التوحد أو الطفل التوحدي مع توضيح برنامج لتنمية المهارات الاجتماعية واللغوية، ومهارات رعاية الذات مع إكسابه السلوكيات المقبولة اجتماعيًا بالإضافة إلى تنمية بعض المفاهيم المعرفية

المرتبطة بالحياة اليومية لدى الطفل التوحدي، كذلك عمدت المؤلفة إلى إضافة برنامج إرشادي لوالدي الطفل لإكسابهم مهارات التعامل مع الطفل التوحدي.

وأني أرجو أن يفيد هذا الكتاب المتخصصين في مجال ذوي الاحتياجات الخاصة ، راجية من المولى العلي القدير أن يحقق به النفع المنشود .

والله من وراء القصد ، إنه نعم المولى ونعم النصير،،،

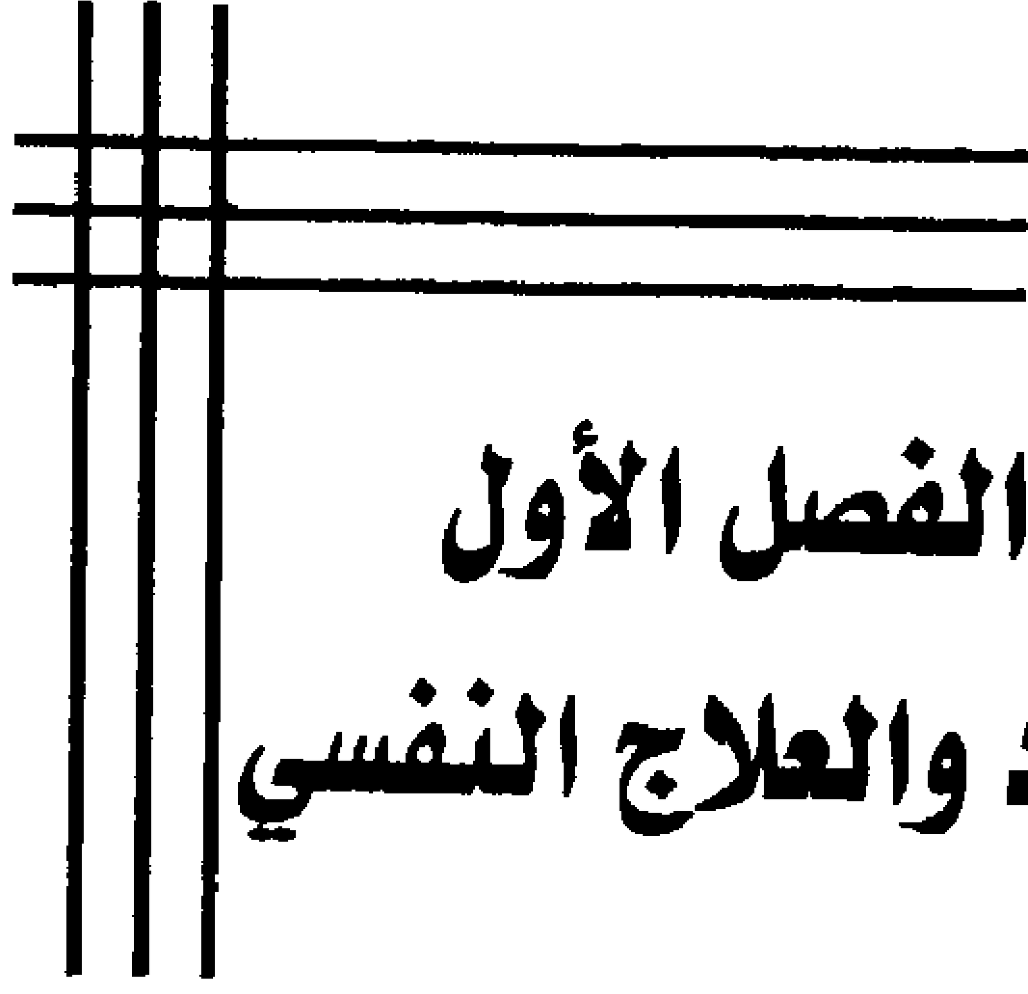
**أ.د. سهير محمود أمين**

**يوليو ٢٠٠٩**

# المحتويات

# الباب الأول

## المنطلقات النظرية
## للإرشاد والعلاج النفسي



# الفصل الأول

# الإرشاد والعلاج النفسي

- مفهوم الإرشاد النفسي.
- أهداف الإرشاد النفسي.
- مناهج واستراتيجيات الإرشاد النفسي.
- أهمية الإرشاد النفسي.

## مقدمة:

أصبح التخصص في مجال الإرشاد والعلاج النفسي من التخصصات الهامة، لازدياد حاجة الفرد المعاصر إلى من يأخذ بيده ومساعدته في عالم تتسارع حركته يوماً بعد يوم، وتتشابك ظروفه وتتباعد فيه العلاقات بين الأفراد، مما ينتج عنه مزيد من الضغوط والهموم على هذا الإنسان في مراحل عمره المختلفة من الطفولة إلى الشيخوخة .

ولذا نجد أن الإرشاد النفسي موضوع قديم متجدد باستمرار، وهناك اختلاف في وجهات النظر حول تحديد تاريخه كمهنة؛ إلا أن جبسون وميتشل (Gibson & Mitchell,1986) يحاولان أن يربطا عمل أفلاطون وأرسطو بأصل المهنة؛ نظراً لاهتمامهما في هذا الوقت بمعرفة أصل الإنسان ومكوناته والمؤثرات التي تؤثر في شخصيته وتفاعلاته مع الأفراد المحيطين به، كما أشار جبسون وميتشل إلى أن تاريخ الإرشاد يعود إلى أفلاطون، وبينما نجد أن جذور الإرشاد مرتبطة بالفلاسفة اليونانيين فإن التاريخ المؤكد للمهنة يمكن أن يعود إلى الأوروبيين وتحديداً إلى القرون الوسطى .

والإرشاد النفسي قديم قدم الإنسان نفسه، فالإنسان كائن اجتماعي لا يستطيع أن يحيا بمفرده بمعزل عن الجماعة، وهو ضعيف بنفسه وحيداً، ولكنه قوي بالآخرين والأفراد المحيطين به في إطار الجماعة، ومن ثم فهو في حاجة إلى إرشاد ونصح الآخرين وتبصيرهم له للوصول إلى المعرفة السليمة، وكان الآباء والشيوخ والعلماء والحكماء والمربون يقومون بهذا العمل ، وهو نصح وإرشاد الآخرين كي يبلغوا الطريق السليم في الحياة العامة والتفاعل مع الأقران .

ومصطلح الإرشاد Counseling في اللغة الإنجليزية ، والفعل منه يرشد أو ينصح Conusel مشتق من الكلمة اللاتينية Consilium، وتعني " أن نكون معاً " أو " أن نتكلم معاً " وهذا المصطلح في أصله اللاتيني صار تاريخياً يتضمن معنى التبادلية Mutuality وهو المعنى الذي يتجسد فيه تعريف الإرشاد من حيث تأكيد أن المرشد والمسترشد يتفاعلان معاً، ولذلك نجد أن الأصل اللغوي للمصطلح في بنيته الإنجليزية والعربية يفيد معنى الإرشاد والهداية للطريق السليم وإسداء النصح والمشورة لمن يريدها .

وهذا ما تدل عليه التعريفات المتعددة للإرشاد النفسي، وكلها تفيد بأن الإرشاد النفسي يقدم خدماته النفسية والإرشادية من خلال إجراءات تساعد الأفراد على تحقيق التوافق، وتحرير طاقته الخلاقة من الإحباطات والخوف والقلق ، ومساعدته على أن يكون نفسه محققاً ذاته وقادراً على الاختيار بين الممكنات المتاحة أمامه، وعلى المضي قدماً بإمكاناته صوب المستقبل.

ويرى المتخصصون في هذا المجال أن الإرشاد النفسي في صميمه عملية تعليمية تقوم على نظريات ومبادئ وفلسفات، وأن غاية الإرشاد النفسي هو تعديل السلوك Behavior modification ليصبح متوافقاً مع المتطلبات الاجتماعية الحالية والمستقبلية في إطار البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها، ومن خلال علاقة تتألف من مرشد Counselor ، وهو الشخص الذي أحسن إعداده وتدريبه بطريقة علمية وتربوية سليمة على طرق وأساليب الإرشاد النفسي، ومسترشد أو العميل Client هو الشخص الذي يحتاج إلى عملية التوجيه الإرشادي، ويتلقى عملية الإرشاد النفسي .

ويعتبر الإنسان كائنًا في تغير دائم يعتريه أحياناً الوهن والخمول، ويحتاج إلى المساعدة ليكتشف نفسه ويعرف قدراتها، ويكتشف إمكانياته، ويتجاوز توتره وقلقه وغضبه وحيرته واكتئابه وشعوره بالدونية وعدم القدرة على تحمل مسئولية نفسه، وعلى سبيل المثال نجد أن الارشاد الأسري اهتم بالظروف والمتغيرات التي

لحقت بالأسرة في الوقت الحالي، وذلك لأن الأسرة هي عبارة عن مؤسسة اجتماعية ديناميكية تتأثر بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية المحيطة، وتهتم الدول المتقدمة بتعليم وتدريب الوالدين انطلاقا من سعيها للوصول إلى مجتمع متكامل يتسم فيه الأفراد بالنضج والثقة بالنفس والمشاركة والقدرة على تكوين علاقات وتفاعلات مع الآخرين، هذا بالإضافة إلى زيادة قدرة الوالدين على مواجهة مشكلاتهم مع أطفالهم مما ينعكس على نمو الأبناء بطريقة سليمة وعلى درجة توافقهم وصحتهم النفسية؛ وذلك لأن القصور في قيام الأسرة بأداء دورها يؤدي إلى كثير من المشكلات النفسية والسلوكية للأطفال.

والإرشاد النفسي Counseling psychology فرع من فروع علم النفس التطبيقي ، يحتاج إلى التخصص العميق، وتطور هذا الفرع من فروع علم النفس تطوراً سريعاً منذ بدايات القرن العشرين، ووضعت له النظريات وتشعبت مجالاته لتغطي حياة الإنسان في كافة مراحلها من الطفولة إلى الشيخوخة، ولكن وكما أوضح أريكسون Eirkson أن كثيراً من الاضطرابات النفسية ثقافية المنشأ، أضف إلى ذلك أن صدمة الحرب العالمية الثانية وما نتج عنها من أعراض صادمة ومن مشكلات نفسية تأثر بها العالم أجمع عامة والولايات المتحدة الأمريكية خاصة، ومشاعر الإحباط وخيبة الأمل وأعراض تالية لصدمة الحرب Post traumatic كل هذا جعل الولايات المتحدة الأمريكية من أوائل الدول التي اهتمت بمجال الإرشاد النفسي ، ومن أوائل الدول التي أقامت تقنيات علاجية جديدة إلى درجة يعد معها الإرشاد من أبرز معالم التقليد الأمريكي، في تطور علوم وفنون ومهن علم النفس والخدمات النفسية والمجالات الأخرى ذات الصلة الوثيقة بالإرشاد النفسي كالتربية والخدمة الاجتماعية والطب النفسي. (Corey , 1997:318).

ومن المعروف أن الإرشاد النفسي من أهم العوامل التي تساعد الفرد على الاستبصار بذاته وتقبلها كما هي والتعايش معها بطريقة سليمة وإكسابها قوة وصلابة تساعدها على تحمل ومقاومة الإحباطات والضغوط التي يتعرض لها الفرد

على مدار الوقت؛ لذا كان ولازال الإرشاد النفسي محط أنظار الباحثين في كل المجالات والعلوم للوصول لأقصى درجات التوافق النفسي الداخلي والتفاعل الخارجي بصور مقبولة اجتماعيا، ولذا تعددت تعريفاته وتعددت مصطلحاته بين العديد من المهتمين بمجال الإرشاد النفسي، ومن ثم نرى هذا التنوع في التعريفات التي اتفقت في بعض الأحيان واختلفت في أحيان أخرى .

**أولاً : مفهوم الإرشاد النفسي:**

تنوعت وتعددت تعاريف الإرشاد النفسي وأنه من المناسب التطرق لهذه التعريفات على سبيل المثال وليس الحصر:

يعرف حامد زهران (١٩٨٠) الإرشاد النفسي بأنه عملية بناءة تهدف إلى مساعدة الفرد لكي يفهم ذاته ويدرس شخصيته ويعرف خبراته ويحدد مشكلاته وينمي إمكاناته ويحل مشكلاته في ضوء معرفته ورغبته وتعليمه وتدريبه؛ لكي يصل إلى تحديد وتحقيق أهدافه وبالتالي يحقق الصحة النفسية والتوافق الشخصي والتربوي والمهني والزواجي والأسري.

أما رابطة علم النفس الأمريكية فقد ركزت في تعريفها للإرشاد على الجوانب الإيجابية للنمو والتوافق من أجل تيسير السلوك الفعال للإنسان، ولقد نشرت الجمعية الأمريكية لعلم النفس تعريفاً للإرشاد النفسي عام ١٩٨١ جاء فيه " أنه الخدمات التي يقدمها اختصاصيون في علم النفس الإرشادي، وفق مبادئ وأساليب دراسة السلوك الإنساني خلال مراحل نموه المختلفة ويقدمون خدماتهم لتأكيد الجانب الإيجابي بشخصية المرشد واستغلاله في تحقيق التوافق لدى المسترشد، بهدف اكتساب مهارات شخصية واجتماعية لتساعده على تحقيق مطالب النمو والتوافق مع الحياة واكتساب القدرة على اتخاذ القرار.

ويرى سيد عبد الحميد مرسي (١٩٨٧: ٨٨) أن الإرشاد النفسي يهدف إلى مساعدة الفرد على النمو والاستقلال في حياته وتنمية قدراته على تحمل المسئولية

الشخصية والاجتماعية، وهو خدمة تشمل شتى جوانب حياة الفرد ولا يقتصر على جانب معين من حياة الفرد العائلية أو التعليمية أو غيرها وهو ما يتوافر في جميع مراحل الحياة.

كما عرفة عبد الرحمن العيسوى (١٩٩٠) بأن الإرشاد النفسي هو العملية التي يحدث بها تغيرات في شخصية المسترشد وتستهدف تغيرا في سلوكه وإدراكه ومعرفته بنفسه والظروف المحيطة به وإدراكه للعلاقة بينه وبين الآخرين

ويعرف جمال مختار حمزة (١٩٩٢) الإرشاد النفسي بأنه المساعدة المتاحة من فرد متخصص لآخر في أي فترة من فترات حياته حتى يتمكن من مراعاة شئون حياته والتصرف في أموره، وتشتمل عملية الإرشاد على جانبين أحدهما علاجي والآخر وقائي، أي جانب يعالج المشاكل الحالية وجانب آخر يعمل على تجنب ما يحدث في المستقبل، ويقدم الإرشاد لجميع الأفراد في المراحل العمرية المختلفة وفي المجالات الأسرية المختلفة ، والمدرسة، والعمل " .

وكما نرى أن الجمعية الأمريكية لعلم النفس قد حددت خصائص المرشدين النفسيين، بأنهم اختصاصيون أي لابد أن يكون المرشد مختصا ولا يستعملها بالصدفة أو كهواية، وكذلك حدد أن العملية الإرشادية تكون وفق أسس ومبادئ معينة لا يحيد عنها الفرد ويتم عن طريق هذه المبادئ دراسة السلوك الإنساني أثناء نموه في المراحل المختلفة لعملية النمو، ويقوم المختصون بتقديم خدماتهم المختلفة حتى يصلوا لهدف واحد هو تأكيد الجانب الإيجابي لدى المرشد واستغلاله لتحقيق التوافق لدى المسترشد بإكسابه مهارات جديدة تساعده على تحقيق مطالب النمو المختلفة، والتوافق مع الحياة الخارجية بكل ما تحتويه من مصاعب ومشكلات، وإكسابه الصلابة في مواجهتها والقدرة على اتخاذ قراراته بنفسه، كما ذكرت الجمعية أن الإرشاد النفسي لا يقتصر على مرحلة عمرية بعينها ولكنه يقدم لجميع الأفراد في المراحل العمرية المختلفة ، وكذلك لا يقتصر دوره في مجال واحد ولكنه يقدم في العديد من المجالات مثل المجال المدرسي ومجال الأسرة ومجال العمل .

ويعرف روجرز Rogers,1951 الإرشاد النفسي بأنه " العملية التي تشعر فيها الذات بالارتياح من خلال العلاقة الإرشادية التي تتم بين المرشد والمسترشد، وفي هذه الحالة فإن الخدمة الإرشادية عبارة عن مقابلة بين اثنين لتوضيح أبعاد مشكلة ما، وهذه الخدمة ليست حكراً على مؤسسات التربية والتعليم، بل يمكن أن تقدم في المؤسسات الاجتماعية والصناعية والصحية وغيرها "وكما نعرف فإن روجرز قام بالتركيز على الذات الذي هي كينونة الفرد أو الشخص وهي جوهر شخصيته ، والتي تتكون بنيتها نتيجة التفاعل مع البيئة وتشمل الذات المدركة والذات الاجتماعية والذات المثالية ، والتي تنمو نتيجة النضج والتعلم وتصبح المركز التي تنتظم حوله كل الخبرات وعلاقاته بالشخصية والتوافق والإرشاد والعلاج النفسي ، وبما أن نظرية روجرز تنتمي للنظريات الإنسانية فهي ترى على أن علينا أن نثق بقدرات المسترشد حتى نسهم في تطوره ومساعدته على حل مشكلاته، وأن الأفراد قادرون على فهم أنفسهم وتوجيهها ذاتيا وقادرين على التغير إيجابيًّا وأن يعيشوا حياة أفضل إذا فهمناهم جيدا، وهذا بدوره ينطبق على المسترشد فهو سيتغير إذا كان المرشد متفهماً لحقيقته ويعطيه الاهتمام اللازم دون أن يفرض عليه آراءه واتجاهاته .

ولا يتقبل روجرز وجهة النظر التي تقول أن الفرد لا يمكن الوثوق به ولا بد من توجيهه ومعاقبته والسيطرة عليه من قبل الذين يعتبرون أنفسهم مسئولين عنه، وهو بدلاً من ذلك يتحدث عن المناخ الذي يعمل على تطوير الفرد من خلال المرشد الذي يعمل على خلق الانسجام Congruence لدى المسترشد والتقبل غير المشروط acceptance and unconditional caring وذلك من خلال الشعور الحقيقي مع الفرد، كما يرى أنه إذا طبقنا هذه الأشياء فإن المسترشد يصبح أكثر انفتاحا على نفسه وعلى العالم وإنه سيتصرف بطريقة بناءة وجيدة.

وبذلك نجد أن روجرز يؤكد على إعطاء الفرد حريته التي تمكنه من اكتشاف ذاته Self exploration فالإنسان عندما يكون حرًّا فإنه يجد طريقه في الحياة

وكذلك النظرة الإيجابية تجاه الإنسان بأن لديه دافعا فطريا للتحرك نحو الصحة النفسية، والابتعاد عن سوء التكيف التي تجعل المرشد يحمل المسترشد المسئولية لتغيير نفسه، وقد بدا ذلك واضحاً من خلال تعريفاته للإرشاد النفسي على أنه مقابلة لتحديد أبعاد المشكلة وهو تعبير يدل على وجود الحوار والمناقشة والمشاركة العقلانية؛ مما يبعد الدور السلطوي للمرشد، ومن هنا فإن العلاج يكمن في قدرة المسترشد على توجيه ذاته للعمل لتغيير اتجاهاته وسلوكياته.

أما سبيلت (Splete:1984) فيرى أن الإرشاد النفسي عبارة عن " علاقة بين مرشد مؤهل ومدرب كفء ، وبين شخص يبحث عن مساعدة لكي يفهم ذاته ويعمل على تحسين قدراته وحل مشكلاته ، ونموه نموًّا سليمًا، ويمكننا القول أن الإرشاد النفسي عملية نهائية وقائية علاجية ، يتم من خلالها مساعدة الأفراد على معرفة الأهداف وعلى اتخاذ القرارات، وحل المشكلات الشخصية والاجتماعية والتربوية والمهنية التي تواجههم، وكما نرى أن وجهة نظر سبيلت في الإرشاد النفسي تتفق مع روجرز في أنها علاقة بين مرشد مؤهل تأهيلاً أكاديميًّا ومدرب عمليًّا على حالات حقيقية وأثبت كفاءته في المجال الإرشادي، بحيث يكون قادراً على تحمل المسئولية الملقاة على عاتقه ويتعامل معها بشكل علمي قائم على أسس علمية وبين مسترشد يبحث عن المساعدة لكي يفهم ذاته ويعرف قدراته ومؤهلاته، لكي يضعها في المكان الصحيح، فلا يقوم بعمل إعلاء لها ولا يقوم بعمل تدني لمفهوم الذات لديه ، بالإضافة إلى أنه استخدم نفس المصطلح (الذات) الذي استخدمه روجرز في أحاديثه عن المسترشد .

وبذلك نجد أن أهداف الإرشاد النفسي في أنه يساعد الفرد على تحسين القرارات التي يتخذها في حياته وحل المشكلات التي يتعرض لها في الحياة اليومية حتى لا تعوق تقدمه وتطوره النفسي .

وكذلك تساعده على أن ينمو نموًّا نفسيًّا سليمًا دون وجود عوائق تعوق عملية النمو لديه ، ويذكر سبليت أن العلمية الإرشادية هي عملية نهائية

Developmental أو ما يطلق عليها أحياناً الاستراتيجية الإنشائية التي تعود بالفائدة على الفرد بتحقيق زيادة كفاءة الفرد ، وتدعيم الفرد المتوافق إلى أقصى حد ممكن، ويتضمن المنهج الإجراءات التي تؤدي إلى النمو السوي السليم لدى الأسوياء والعاديين خلال رحلة نموهم طوال العمر، حتى يتحقق الوصول بهم إلى أعلى مستوى ممكن من النضج الانفعالي والصحة النفسية والسعادة والتوافق النفسي.

ويتحقق ذلك عن طريق معرفة وفهم وتقبل الذات، ونمو مفهوم موجب للذات وتحديد أهداف سليمة للحياة وأسلوب حياة متوازن من خلال دراسة الاستعدادات والقدرات والإمكانات، وتوجيهها التوجيه السليم نفسيًّا وتربويًّا ومهنياً من خلال رعاية مظاهر نمو الشخصية جسميًّا وعقليًّا واجتماعيًّا وانفعاليًّا .

كذلك يذكر سبيلت (١٩٨٤) أن العملية الإرشادية هي عملية وقائية Preventive حيث يحتل المنهج الوقائي مكانة هامة في التوجيه والإرشاد ويطلق عليه أحياناً منهج " التحصين النفسي " ضد المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية .

ويهتم المنهج الوقائي بالأسوياء والأصحاء قبل اهتمامه بالمرضى ليقيهم ضد حدوث المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية، حيث تنقسم الوقاية إلى وقاية أولية وتتضمن منع حدوث المشكلة أو الاضطراب أو المرض بإزالة الأسباب، ووقاية ثانوية تتضمن محاولة الكشف المبكر وتشخيص الاضطرابات في المرحلة الأولى لها بقدر الإمكان للسيطرة عليه ومنع تطوره وتفاقمه ، وكذلك هناك ما يعرف بالوقاية من الدرجة الثالثة والتي تتضمن تقليل أثر إعاقة الاضطراب أو منع تطور المرض .

**وتتركز الخطوط العريضة للوقاية من الاضطرابات النفسية فيما يلي:**

- **الإجراءات الوقائية الحيوية** : وتتضمن الاهتمام بالصحة العامة والنواحي الجسمية.

- **الإجراءات الوقائية النفسية** : وتتضمن رعاية النمو النفسي السوي ، ونمو المهارات الأساسية والتوافق الزواجي والتوافق الأسري، والتوافق المهني ، والمساندة أثناء الفترات الحرجة، والتنشئة الاجتماعية السليمة.
- **الإجراءات الوقائية الاجتماعية** : وتتضمن إجراء الدراسات والبحوث العلمية وعملية التقويم والمتابعة والتخطيط العلمي للإجراءات الوقائية .

كما ينوه سبليت (١٩٨٤) إلى أن العملية الإرشادية هي عملية علاجية ، فهناك بعض المشكلات والاضطربات قد يكون من الصعب التنبؤ بها، فتحدث فعلاً وكل فرد يَخْبُرُ في وقت ما مواقف وأزمات Crisis-Situation وفترات حرجة ومشكلات حقيقية يحتاج فيها إلى مساعدة ومساندة لتخفيض مستوى القلق ورفع مستوى الأمل.

ويتضمن كذلك علاج المشكلات والاضطرابات النفسية، حتى يعود الفرد إلى حالة التوافق والصحة النفسية ، ويهتم كذلك بنظريات الاضطراب والمرض النفسي وأسبابه وتشخيصه وطرق علاجه وتوفير المرشدين والمعالجين والمراكز والعيادات والمستشفيات النفسية .

ويلاحظ أن المنهج العلاجي يحتاج إلى تخصص أدق في الإرشاد العلاجي إذا ما قورن بالمنهجين الإنمائي والوقائي. وهو أكثر المناهج الثلاثة تكلفة في الوقت والجهد والمال، وكذلك فإن نسبة نجاح الاستراتيجية لا تصل إلى ١٠٠٪، وقد يفلت الزمام من يد المعالج أو المرشد إذا بدأ العلاج بعد فوات الأوان، ويذكر كذلك أنه يتم من خلال عملية الإرشاد النفسي مساعدة الأفراد على معرفة الأهداف العامة من حياتهم، وما ينبغي أن يفعلوه حتى يشعروا أن لحياتهم معنى يعيشون من أجله حتى يحققوه ، وكذلك يساعد المسترشد على اتخاذ القرارات التي تتضمن تحقيق المنفعة له وتمنحه القدرة على حل المشكلات سواء كانت المشكلات الشخصية التي تمر به أثناء اليوم، أو الاجتماعية التي تحدث له في إطار التفاعل الاجتماعي مع الأفراد المحيطين به، وحل المشكلات التربوية التي تواجهه أثناء

الدراسة الأكاديمية، وكذلك حل المشكلات المهنية التي تواجههم في التفاعل المهني داخل بيئة العمل مع الأقران والزملاء والرؤساء والمرؤوسين .

أما شيرتزر وستون (Shertzer& Stone ,1974) فيعرفان عملية الإرشاد النفسي بأنها " عملية تفاعلية تعمل على تسهيل الفهم الجيد للنفس والبيئة المحيطة، وتعمل على توضيح الأهداف والقيم للسلوك المستقبلي " .

وكما نرى أن شيرتزر وستون قاما بتناول عملية الإرشاد النفسي من ناحية التفاعل حيث إنها علاقة تفاعل ومشاركة بين طرفين أو عدة أطراف ، كما أنه حدد هدف عملية الإرشاد النفسي في أنها تعمل على تسهيل الفهم الجيد للنفس والبيئة المحيطة، وهو بذلك يتفق مع ما أشار إليه سبيلت حيث قال أن الإرشاد النفسي هو"علاقة بين مرشد مؤهل ومدرب كفء، وبين شخص يبحث عن مساعدة لكي يفهم ذاته " ومع هذا التأكيد يتأكد لدينا أيضاً أن عملية الإرشاد النفسي هدفها الأول الذي ترتكز عليه هو أن يفهم المسترشد ذاته ويتقبلها ويعمل على تطويرها بما يتوافق مع أهدافه ورغباته التي يسعى إلى تحقيقها، وكذلك الفهم الجيد للبيئة المحيطة به والتعامل معها بشكل سليم حتى يستطيع أن يتوافق معها بشكل جيد ويحصل على التوافق الاجتماعي المناسب بما يضمن توافر الصحة النفسية لديه .

وكذلك توضح الأهداف العامة للفرد حتى يقوم بتحديدها بشكل دقيق ويتجه إليها مباشرة دون أن يحيد عنها فعندما يقوم الفرد بتحديد أهدافه بطريقة دقيقة، ويقوم بالاتجاه نحوها بطريقة مباشرة فإنه يضمن لنفسه حسن التوافق النفسي نتيجة لشعوره بقيمته وبأهمية ما يفعل في حياته، وأنه يؤثر إيجاباً في تحقيق ذاته والشعور بقيمة نفسه وبقيمة أفعاله.

وكذلك تحديد القيم للسلوك الاجتماعي المقبول، والذي يقبله المجتمع ويجعله يتوافق وسط أقرانه وأفراد المجتمع المحيطين به بشكل سليم بدون حدوث أي مشكلات تعوق نموه النفسي أو الاجتماعي .

والإرشاد ليس مجرد إعطاء نصائح بل هو أكثر من تقديم حلول لمشكلة آنية يمر بها الإنسان في مرحلة ما ستأخذ وقتها وترحل ، ولكنه مساعدة الفرد على التخلص من المشكلات الحالية والاستبصار بها وتكوين اتجاهات عقلية لديه تمكنه من التخلص من الاتجاهات الانفعالية السلبية التي تعيق تفكيره وتمنعه من الاستبصار بحلول لمشكلاته ( منذر الضامن ، ٢٠٠٣ ) .

ومن هنا تستطيع المؤلفة أن تعرف الإرشاد النفسي بأنه "عملية واعية وبناءة ومخططة تهدف إلى مساعدة الفرد لكي يعرف نفسه، ويفهم ذاته ويدرس شخصيته جسميًّا وعقليًّا واجتماعيًّا وانفعاليًّا ويعرف خبراته، ويحل مشكلاته في ضوء الفرص المتاحة له ، وأن يستخدم وينمي إمكاناته إلى أقصى حد ممكن، وأن يكون قادراً على تحديد اختياراته واتخاذ قراراته في ضوء معرفته بما لديه من طاقات وقدرات حقيقية بالإضافة إلى التعليم والتدريب الخاص الذي يحصل عليه عن طريق المرشدين؛ لكي يصل إلى تحديد أهداف واضحة تكفل له تحقيق ذاته وتحقيق الصحة النفسية والسعادة مع نفسه ومع الآخرين".

ويفرق المتخصصون في هذا المجال بين الإرشاد الفردي والإرشاد الجماعي، والإرشاد الفردي هو إرشاد عميل واحد وجهاً لوجه في كل مرة، وتعتمد فاعليته أساساً على العلاقة الإرشادية المهنية بين المرشد والعميل ، أي أنها علاقة مخططة بين الطرفين تتم في إطار الواقع وفي ضوء الأعراض وفي حدود الشخصية ومظاهر النمو(Brammer & Shostrom,(1979 .

ومن الوظائف الرئيسية للإرشاد الفردي : تبادل المعلومات وإثارة الدافعية لدى المسترشد وتفسير المشكلات ووضع خطط العمل المناسبة، ويحتاج الإرشاد الفردي إلى توافر أعداد كافية من المرشدين النفسيين ، بحيث يقابلون الحاجات الفردية للإرشاد، **ويستخدم الإرشاد الفردي مع العديد من الحالات مثل :**

- الحالات ذات المشكلات التي يغلب عليها الطابع الفردي والخاصة جدًا، كما في حالات وجود محتويات ذات طبيعة خاصة في مفهوم الذات الخاص وحالات المشكلات والانحرافات الجنسية .... إلخ .
- الحالات التي لا يمكن تناولها بفاعلية داخل الإرشاد الجماعي .

والإرشاد الفردي هو تطبيق عملي لكل ما عرف من إجراءات العملية الإرشادية والتي يجب أن تكون مفهومة لدى المسترشد ابتداء من المقابلة الأولى حتى إنهاء عملية الإرشاد ومتابعتها بانتظام واستمرار للتأكد من وصول الحالة إلى الطريق السوي والسليم الذي يؤهلها للتعامل مع المجتمع الخارجي بأمان وبشكل مقبول اجتماعيا .

وكذلك هناك ما يُعرف بالإرشاد الجماعي وهو يعني تقديم الخدمة الإرشادية من خلال مجموعة من الأفراد أي أنها علاقة إرشادية بين مرشد ومجموعة من المسترشدين تتم من خلال جلسات جماعية في مكان واحد، ويفضل أن تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم التي يعانون منها ، ويعبرون عنها كلٌّ حسب وجهة نظره وطريقة تفكيره من واقع رؤيته لها وكيفية معالجته لها وهذه الجماعات إما أن تكون جماعة طبيعية قائمة فعلاً أو جماعة مصطنعة يكوّنها المرشد بهدف الإرشاد (حامد زهران : ١٩٨٠).

ويذكر عبد الرحمن العيسوي (١٩٩٢) في ضوء تعريفه للإرشاد النفسي الجماعي أنه عبارة عن إقامة العلاقات والقيام بالأنشطة الخاصة بالإرشاد النفسي في وسط جماعات، وببساطة يمكن تعريفه بأنه إرشاد الأفراد في جماعات. ويشير معظم المتخصصين في هذا المجال سواء تلميحاً أو تصريحاً بأن التفاعل الجماعي والعلاقة الجماعية تستخدم في مساعدة أعضاء الجماعة لتحقيق أهدافهم الشخصية .

ويرى مهلر (Mahler,1962) أن الإرشاد الجماعي هو العملية التي تستخدم فيها التفاعل الجماعي، أي التفاعل بين أفراد الجماعة لتسهيل فهم الفرد لذاته فهماً

أكثر عمقاً وقبول الإنسان لذاته قبولاً أكثر عمقاً ، بمعنى أن الإرشاد النفسي يستهدف تحقيق فهم الإنسان لذاته وقبوله لها بدلاً من سوء الفهم ورفض الذات ، ومعروف أن قبول الفرد لذاته هو أساس قبوله لنغير.

ومن ثم فإنه يؤكد على أهمية التفاعل بين أفراد الجماعة مما يساعد الفرد داخل الجماعة لتسهيل فهم الفرد لذاته بطريقة سليمة في إطار الجماعة فهماً أكثر عمقاً، ومساعدته على تقبل ذاته، بمعنى آخر أن يتمكن الإنسان من فهم ذاته وقبوله لها بشكل كامل دون النفور منها قبولاً عميقاً بدلاً من رفضها، وطالما استطاع المسترشد قبول ذاته فأنه يسهل عليه بعد ذلك قبول باقي أفراد الجماعة والتفاعل معهم بسهولة دون حدوث مشاكل .

أما يوسف القاضي وآخرون (١٩٨١) فيعتبرون أن الإرشاد النفسي الجماعي عملية تتم فيما بين الأشخاص وتركز على التفكير الشعوري الواعي والسلوك، وهو يتضمن وظائف علاجية مثل التسامح والتساهل والتوجيه إلى الواقع والتنفيس ، وتبادل الثقة والاهتمام والعناية والفهم والتقبل والدعم، وهذه الوظائف العلاجية تنمو وتترعرع في جماعة صغيرة من خلال المشاركة في الاهتمامات الشخصية مع الأقران ومع المرشد ومع المسترشد في الإرشاد النفسي الجماعي، وهم في الأساس أشخاص أسوياء ذوو اهتمامات متنوعة، ويركز المسترشدون في الجماعة على عملية التفاعل داخل الجماعة لزيادة الفهم والتقبل لقيم وأهداف معينة أو نبذ سلوك أو اتجاه معين .

وكما نرى فإن الإرشاد النفسي الجماعي يهدف إلى تكوين العلاقات بين أفراد الجماعة الإرشادية والتي لا بد وأن تتسم بالتسامح والتساهل والتوجيه للسلوك السليم والتنفيس الانفعالي، وكذلك تبادل الثقة بين المرشد والمسترشد خاصة، وبين المسترشد وباقي أفراد الجماعة عامة، ويكون ذلك عن طريق المشاركة في الاهتمامات الشخصية بين أفراد الجماعة، وعن طريق زيادة التفاعل داخل الجماعة لزيادة الفهم

والتقبل لقيم وأهداف معينة مرغوبة أو نبذ سلوك غير مرغوب فيه أو اتجاه نحو سلوك معين ( يوسف القاضي وآخرون، ١٩٨١ : ١٣) .

**أهداف الإرشاد النفسي:**

ويلخص حامد زهران (١٩٨٠) الأهداف العامة للإرشاد النفسي في المساعدة على تحقيق الذات وتحقيق التوافق النفسي وتحقيق الصحة النفسية، وسوف نتناولها فيما يلي:

**(أ) تحقيق الذات Self-actualization:**

لا شك أن الهدف الرئيسي للتوجيه والإرشاد هو العمل مع الأفراد لتحقيق الذات والعمل مع الفرد ويقصد به العمل معه حسب حالته سواء كان عاديا أو متفوقاً أو ضعيف العقل أو متأخراً دراسيًّا أو متفوقًا أو جانحًا ومساعدته في تحقيق ذاته إلى درجة يستطيع فيها أن ينظر إلى نفسه فيرضى عما ينظر إليه.

ويرى كارل روجرز أن الفرد لديه دافع أساسي يوجه سلوكه وهو دافع تحقيق الذات. ونتيجة لوجود هذا الدافع، فإن الفرد لديه استعداد دائم لتنمية فهم ذاته ومعرفة وتحليل نفسه، وفهم استعداداته وإمكاناته، أي تقييم نفسه وتقويمها وتوجيه ذاته، ويتضمن ذلك " تنمية بصيرة المسترشد مثلاً، ويركز الإرشاد النفسي غير المباشر أو المركز حول المسترشد على تحقيق الذات إلى أقصى درجة ممكنة .

كذلك يهدف الإرشاد النفسي إلى نمو مفهوم موجب للذات والذات هي كينونة الفرد وحجر الزاوية في شخصيته، ومفهوم الذات الموجب positive - Self concept يعبر عن تطابق مفهوم الذات الواقعي (أي المفهوم المدرك للذات الواقعية كما يعبر عنه الشخص) مع مفهوم الذات المثالي (أي المفهوم المدرك للذات المثالية كما يعبر عنه الشخص) ومفهوم الذات الموجب عكس مفهوم الذات السالب الذي يعبر عنه عدم تطابق مفهوم الذات الواقعي ومفهوم الذات المثالي .

وهناك هدف بعيد المدى للتوجيه والإرشاد وهو "توجيه الذات" Self- guidance أي تحقيق قدرة الفرد على توجيه حياته بنفسه بذكاء وبصيرة وكفاية في حدود المعايير الاجتماعية ، وتحديد أهداف للحياة وفلسفة واقعية لتحقيق هذه الأهداف.

ويصمم هذا الهدف تحت عنوان " تسهيل النمو العادي " وتحقيق مطالب النمو في ضوء معاييره وقوانينه حتى يتحقق النضج النفسي ويقصد بتسهيل النمو هنا النمو السوي الذي يتضمن التحسن والتقدم وليس مجرد التغيير؛ لأن ليس كل تغيير تحسناً .

**(ب) تحقيق التوافق Adjustment:**

من أهم أهداف التوجيه والإرشاد النفسي تحقيق التوافق ، أي تناول السلوك والبيئة الطبيعية والاجتماعية بالتغيير والتعليم، حتى يحدث توازن بين الفرد وبيئته، وهذا التوازن يتضمن إشباع حاجات الفرد ومقابلة متطلبات البيئة . ويجب النظر إلى التوافق النفسي نظرة متكاملة بحيث يتحقق التوافق المتوازن في كافة مجالاته . ومن أهم مجالات تحقيق التوافق ما يلي:

١- **تحقيق التوافق الشخصي :** أي تحقيق السعادة مع النفس والرضا عنها، وإشباع الدوافع والحاجات الداخلية الفطرية والعضوية والفسيولوجية والثانوية المكتسبة ، ويعبر عن سلام داخلي حيث يقل الصراع ، ويتضمن كذلك التوافق لمطالب النمو في مراحله المتتابعة .

٢-**تحقيق التوافق التربوي :** وذلك عن طريق مساعدة الفرد في اختيار أنسب المواد الدراسية والمناهج في ضوء قدراته وميوله، وبذل أقصى جهد ممكن بما يحقق النجاح الدراسي .

٣- **تحقيق التوافق المهني :** ويتضمن الاختيار المناسب للمهنة والاستعداد علميًا وتدريبيًا لها، والدخول فيها والإنجاز والكفاءة والشعور بالرضا والنجاح ، أي وضع الفرد المناسب في المكان المناسب بالنسبة له وبالنسبة للمجتمع.

٤- تحقيق التوافق الاجتماعي : ويتضمن السعادة مع الآخرين والالتزام بأخلاقيات المجتمع ومسايرة المعايير الاجتماعية وقواعد الضبط الاجتماعي، وتقبل التغير الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي السليم والعمل لخير الجماعة، وتعديل القيم مما يؤدي إلى تحقيق الصحة الاجتماعية ، ويدخل ضمن التوافق الاجتماعي التوافق الأسري والتوافق الزواجي .

(ج ) تحقيق الصحة النفسية:

إن الهدف العام الشامل للتوجيه والإرشاد النفسي هو تحقيق الصحة النفسية وسعادة وهناء الفرد ، ويلاحظ هنا فصل تحقيق الصحة النفسية كهدف؛ عن تحقيق التوافق كهدف ويرجع ذلك إلى أن الصحة النفسية والتوافق النفسي ليسا مترادفين . فالفرد قد يكون متوافقاً مع بعض الظروف وفي بعض المواقف، ولكنه قد يكون صحيحًا نفسيًّا لأنه قد يساير البيئة خارجيًّا ولكنه يرفضها داخليًّا .

ويرتبط بتحقيق الصحة النفسية كهدف حل مشكلات العمل أي مساعدته في حل مشكلاته بنفسه، ويتضمن ذلك التعرف على أسباب المشكلات وأعراضها وإزالة الأسباب وإزالة الأعراض .

(د) تحسين العملية التربوية:

إن أكبر المؤسسات التي يعمل فيها التوجيه والإرشاد هي المدرسة، ومن أكبر مجالاته مجال التربية .وتحتاج العملية التربوية إلى تحسين قائم على تحقيق جو نفسي صحي له مكونات منها احترام التلميذ كفرد في حد ذاته وكعضو في جماعة الفصل والمدرسة والمجتمع، وتحقيق الحرية والأمن والارتياح بما يتيح فرصة نمو شخصية التلاميذ من كافة جوانبها ويحقق تسهيل عملية التعليم .

ولتحسين العملية التربوية يوجه الاهتمام إلى ما يلي :

- إثارة الدافعية وتشجيع الرغبة في التحصيل واستخدام الثواب والتعزيز وجعل الخبرة التربوية التي يعيشها التلميذ كما ينبغي أن تكون من حيث الفائدة المرجوة .

- عمل حساب الفروق الفردية وأهمية التعرف على المتفوقين، ومساعدتهم على النمو التربوي في ضوء قدراتهم .
- إعطاء كم مناسب من المعلومات الأكاديمية والمهنية والاجتماعية تفيد في معرفة التلميذ لذاته ، وفي تحقيق التوافق النفسي والصحة النفسية وإلقاء الضوء على مشكلاته وتعليمه كيفية مواجهة وحل هذه المشكلات. .
- توجيه التلاميذ إلى طريقة المذاكرة والتحصيل السليم بأفضل طريقة ممكنة حتى يحققوا أكبر درجة ممكنة من النجاح . وهكذا نرى أن تحسين العملية التربوية يعتبر من أهم أهداف التوجيه والإرشاد النفسي في المجال التربوي الذي يهمنا بصفة خاصة .

## مناهج واستراتيجيات الإرشاد النفسي :

**هناك ثلاثة مناهج (استراتيجيات) لتحقيق أهداف الإرشاد النفسي هي:**

المنهج الإنمائي، المنهج الوقائي، المنهج العلاجي. ويحاول بعض المتخصصين في هذا المجال دمج المنهجين الأولين (الإنمائي والوقائي) تحت عنوان واحد على أساس أن كلا منهما يسعى إلى تجنب الوقوع في المشكلات والاضطرابات النفسية وذلك عن طريق دعم النمو السوي للفرد ، ويظن البعض أن الإستراتيجية الأهم لتحقيق أهداف التوجيه والإرشاد النفسي هي الإستراتيجية العلاجية ولكن الأصح هو أن الإستراتيجيتين الإنمائية والوقائية يجب أن تسبقا الإستراتيجية العلاجية .

**المنهج الإنمائي:**

ويطلق عليه أحياناً الإستراتيجية الإنشائية، وترجع أهمية المنهج الإنمائي إلى أن خدمات الإرشاد تقدم أساساً إلى العاديين لتحقيق زيادة كفاءة الفرد الكفء، وذلك من خلال توفير عوامل النمو المتكامل المتوازن الذي يشمل جوانب الشخصية المختلفة: الجسمي ، العقلي ، الاجتماعي ، والانفعالي للفرد وتنمية

اتجاهاته واهتماماته وتساعده على تكوين شخصية قوية، وبذلك تدعم الفرد المتوافق إلى أقصى حد ممكن، لذا نجد أن المنهج الإنمائي يتضمن الإجراءات التي تؤدي إلى النمو السوي السليم لدى الأسوياء خلال رحلة نموهم طول العمر، حتى يتحقق الوصول بهم إلى أعلى مستوى ممكن من النضج والصحة النفسية والكفاية، ويتحقق ذلك عن طريق معرفة وفهم الذات ونمو مفهوم موجب للذات .

**المنهج الوقائي:**

يحتل المنهج الوقائي مكاناً في الإرشاد النفسي، ويطلق عليه أحياناً منهج (التحصين النفسي) ضد المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية، ويهتم المنهج الوقائي بالأسوياء قبل اهتمامه بالمرضى ليقيهم من حدوث الاضطرابات والأمراض النفسية .

*** وللمنهج الوقائي ثلاثة مستويات هي :**

**الوقاية الأولية :** تتضمن محاولة منع حدوث المشكلة أو الاضطراب بإزالة الأسباب المؤدية إليها حتى لا يقع المحظور .

**الوقاية الثانوية :** تتضمن محاولة الكشف المبكر وتشخيص الاضطراب في مرحلته الأولى بقدر الإمكان للسيطرة عليه ومنع تطويره.

**الوقاية من الدرجة الثالثة :** تتضمن محاولة تقليل أثر الاضطراب أو منع أزمان المرض؛ وهي تتمثل في الإجراءات الوقائية في تحقيق شروط الصحة النفسية والاهتمام بدراسة المشكلة، ويتم تحقيق الوقاية الإرشادية بمساعدة الفرد على تقبل ما هو متعارف عليه بين الجماعة التي يعيش فيها الفرد.

**المنهج العلاجي :**

يتعلق هذا المنهج بمعالجة المشكلات والاضطرابات التي يتعرض لها الفرد أو الجماعة، وذلك لتحقيق التوازن بين جوانب النمو المختلفة لتحقيق التوافق الاجتماعي والنفسي، ويتم تحقيق هذا الهدف بدراسة أسباب المشكلات وأعراضها وطرق علاجها.

ولذا نجد أن المنهج العلاجي يتضمن النظريات التي تهتم بالاضطرابات وأسبابها وتشخيصها وطرق علاجها وتوفير المرشدين والمعالجين، ويلاحظ أن المنهج العلاجي يحتاج إلى تخصص أدق في الإرشاد العلاجي إذا قورن بالمنهجين الإنمائي والوقائي وهو أكثر المناهج الثلاثة تكلفة في الوقت والجهد والمال .

**أهمية الإرشاد النفسي:**

لا شك أن المرشد النفسي يجب أن يعمل في ضوء نظرية، والنظرية هي عبارة عن إطار عام يضم مجموعة منظمة متناسقة متكاملة من الحقائق والقوانين التي تفسر الظواهر النفسية، والنظرية يجب أن تتضمن الفروض الأساسية التي بنيت عليها، كما يجب أن تتضمن مجموعة من التعريفات الإجرائية أو التجريبية ، وكذلك يجب أن تكون هادفة ونفعية بمعنى تفسير الظاهرة وتنظيم الحقائق والقوانين في شمول وتكامل يفيد العمل، ويمكن من الضبط والتنبؤ الدقيق لحدوث تلك الظواهر، والإرشاد النفسي يهتم بدراسة وفهم وتفسير وتقييم السلوك والتنبؤ به وتعديله " وتغييره. ومن ثم فلا بد من دراسة النظريات التي تفسر السلوك وكيفية تعديله ، وكيفية دراسة نظريات الإرشاد النفسي في فهم العملية الإرشادية نفسها، وفهم أوجه الشبه والاختلاف بين طرق الإرشاد ، ونحن نجد أن بعض المرشدين يفضلون العمل في ضوء نظرية محددة دون غيرها من النظريات مثل نظرية الذات بطريقة الإرشاد المباشر أو الإرشاد غير المباشر المركز حول المسترشد ".. وهكذا حيث إن الاهتمام هنا منصب على ما يتعلق بالإرشاد النفسي نظريًا وعمليًا ، أي أن المهم ليس معرفة تفاصيل النظريات ، بقدر معرفة الأسس التي قامت عليها النظريات وتتعدد نظريات الإرشاد النفسي، وهذا التعدد يفيد في مواجهة تعدد المشكلات التي يتناولها الإرشاد النفسي في شخصيات العملاء والمرشدين أنفسهم، **ومن ثم نجد أن أهمية الإرشاد النفسي تتبلور في النقاط التالية:**

- رفع مستوى الوعي ، ليس بين المرشدين النفسيين فحسب ، بل المشتغلين بالصحة النفسية بأهمية العلاقات الإنسانية باعتبارها ضرورة من ضروريات الحياة.

- زيادة تأكيد قيم النزعة الإنسانية Humanistic باعتبارها تنطوي على فهم يتسم بالتفاؤل بمستقبل أفضل ، وتركيزها على الجوانب السوية والإيجابية أكثر من الجوانب المرضية .
- تأكيد أن الحركة في اتجاه مساعدة الآخرين في إطار قيم السعي والاستمرارية والاندفاع صوب المستقبل ، أفضل من مجرد الاستجابة للمرضى والمرض النفسي.

# الفصل الثاني
# نظريات الإرشاد النفسي

- أولا: نظرية الذات.
- ثانيا: نظرية العلاج العقلاني الانفعالي.
- ثالثا: نظرية العلاج المعرفي السلوكي.
- رابعا: الإرشاد الأسري.

## أولا: نظرية الذات Self- Theory:

أنشأ هذه النظرية العالم الأمريكي كارل روجرز Rogers وهو ينتمي إلى الاتجاه الإنساني في علم النفس، وهي تنتمي إلى المدرسة الظواهرية والمدرسة الإنسانية في علم النفس، وهو اتجاه يركز على الإنسان وقدرته على التحكم في مصيره وأنه خير بطبيعته، كما تركز على استبصار الفرد بذاته وبالخبرات التي شوهها أو حرفها أو أنكرها في محاولة لإدماجها ( أي بين ذات الفرد وخبراته) مما يعطي الفرصة لنمو الشخصية .

ولقد بدأ تاريخ هذه النظرية عندما بدأ الإرشاد والعلاج المركز حول المسترشد Client centered therapy حيث أشار إلى هذه النظرية في كتابه بعنوان الإرشاد الفردي والعلاج النفسي (Counseling & Psycho therapy 1942) وتأتي أهمية نظرية الذات عند كارل روجرز لارتباطها بأشهر طرق الإرشاد النفسي، والذي سمي بالقوة الثالثة في علم النفس وهو العلاج المتمركز حول المسترشد، ولقد لاقت هذه الطريقة ترحيباً وإقبالاً بين المرشدين والمعالجين النفسيين .

وترتكز هذه النظرية على دراسة مفهوم الذات Self –concept الذي يعد حجر الزاوية في هذه النظرية؛ لأنه ينظم السلوك، كذلك اعتمدت هذه النظرية على مجموعة من المفاهيم والمكونات مثل: "الذات Self" والتي تمثل كينونة الفرد، وتنفصل تدريجيًا عن المجال الإدراكي، ثم مفهوم الذات الذي يمثل تكويناً معرفيًّا منظماً ومتعلماً للمدركات الشعورية والتصورات الخاصة بالذات، ومفهوم "الخبرة" التي تمثل مجموعة من الخبرات والمعايير الاجتماعية والذي أطلق عليه مجال الخبرة الظاهري Phenomenal field .

وترى هذه النظرية أن الذات تتكون وتتحقق من خلال النمو الإيجابي، وتتمثل في بعض العناصر مثل صفات الفرد وقدراته والمفاهيم التي تكونها بداخله نحو ذاته والآخرين والبيئة الاجتماعية التي يعيش فيها وكذلك عن خبراته وعن الناس المحيطين به، وهي تمثل صورة الفرد وجوهره؛ ولذا فإن فهم الإنسان بذاته له أثر كبير في سلوكه من حيث السواء أو الانحراف ، وتعاون المسترشد مع المرشد أمر أساسي في نجاح عملية الإرشاد فلا بد من فهم ذات المسترشد ( العميل ) كما يتصورها بنفسه؛ ولذلك فإنه من المهم دراسة خبرات الفرد وتجاربه وتصوراته عن نفسه والآخرين من حوله .

**ويمكن تحديد جوانب اهتمامات هذه النظرية من خلال التالي:**

- أن الفرد يعيش في عالم متغير من خلال خبراته ، ويدركه ويعتبره مركزه ومحوره.
- يتوقف تفاعل الفرد مع العالم الخارجي وفقاً لخبرته وإدراكه لها لما يمثل الواقع لديه .
- يكون تفاعل الفرد واستجابته مع ما يحيط به بشكل كلي ومنظم .
- معظم الأساليب السلوكية التي يختارها الفرد تكون متوافقة مع مفهوم الذات لديه.
- التكيف النفسي يتم عندما يتمكن الفرد من استيعاب جميع خبراته الحية والعقلية وإعطائها معنى يتلاءم ويتناسق مع مفهوم الذات لديه.

ويعرف حامد زهران (١٩٨٠: ٨٣) مفهوم الذات بأنه تكوين معرفي منظم ومتعلم للمدركات الشعورية والتصورات والتقييمات الخاصة بالذات التي يبلورها الفرد ويعتبرها تعريفًا نفسيًا لذاته، ويتكون مفهوم الذات من أفكار الفرد الذاتية المنسقة الأبعاد عن العناصر المختلفة لكينونته الداخلية أو الخارجية، وتشمل هذه العناصر المدركات والتصورات التي تحدد خصائص الذات، كما تنعكس إجرائيًا في

وصف الفرد لذاته كما يتصورها هو " مفهوم الذات المدرك" - Perceived Self concept والمدركات والتصورات التي تحدد الصورة التي يعتقد أن الآخرين في المجتمع يتصورونها، والتي يتمثلها الفرد من خلال التفاعل الاجتماعي " مفهوم الذات الاجتماعي" Social Self - Concept والمدركات والتصورات التي تحدد الصورة المثالية للشخص الذي يود أن يكون " مفهوم الذات المثالي" Concept-Ideal Self.

إن الفرد يمتص المفاهيم والمدركات والقيم التي تكوِّن مفهومه عن نفسه من البيئة المحيطة به التي قامت بتنشئته أثناء مرحلة الطفولة، وأهم هذه المؤسسات التربوية هي الأسرة والمدرسة ، وجماعة الأصدقاء ، ثم يقوم الفرد باستدماج هذه الخبرات الحسية في ذاته في شكل رمزي بحيث تظهر في شعوره على أنها خبراته الحسية المباشرة .

وتتطلب هذه النظرية من المعالج أن يتمكن من إقامة علاقة شخصية بينه وبين المسترشد ، وأن يشعر أولاً بأن المسترشد فرد له قيمة في حد ذاته بصرف النظر عن حالته ومشاعره وسلوكه ، كما تتطلب أن يفهم المعالج المسترشد فهماً جيداً ، وأن يكون مستعدًا لأن يتصور نفسه مكان المسترشد، وأن يكون هو نفسه مقتنعاً في الدخول في تلك العلاقة، أما بالنسبة للعميل فلا بد أن يقبل هو أيضاً هذه العلاقة، بعد أن يدرك أنه مقبول من جانب المعالج، وأن هذه العلاقة تتطلب التعرف على مشاعر وخبرات تم إنكارها بعيداً عن الشعور بوصفها مهددة ومدمرة لبناء الذات، فيجد نفسه يخبر هذه الخبرات، وأثناء معالجته من جديد لتلك المشاعر يكتشف ذاته ويجد سلوكه يتغير بطريقة جديدة وذلك أثناء خبرة العلاج .

ومن أهم مضامين نظرية الذات أن المسترشد يجب أن يكون المحور الذي يتمركز حوله العلاج ، وبالتالي يقوم بتقييم الشخصية من خلال التركيز على الخبرات الموضوعية ، وتكون تعليمات المعالج متعلقة بالتعبيرات، وتساعد هذه النظرية في ترسيخ مفهوم الذات الواقعي Realistic Slef Concept حيث إن

معظم حالات سوء التوافق هي نتيجة للفشل في تنمية هذا المفهوم الواقعي ورسم الخطط التي تتلاءم معه (Salultzads,D.P.&Schultzads,S.E.,2001:330 )

## المكونات الرئيسية في نظرية الذات لكارل روجرز هي كما يلي :

### أولاً: الذات Self:

- يمثل الذات قلب النظرية، ومفهوم الذات قديم قدم الحضارة المصرية، وقد مر مفهوم الذات بنمو ديني وفلسفي عبر التاريخ من خلال المفكرين اليونان والعرب .... إلخ .

**ولكن حدد روجرز تعريف الذات كما يلي :**

والذات هي كينونة الفرد أو الشخص . وتنمو الذات وتنفصل تدريجيًا عن المجال الإدراكي . وتتكون بنية الذات نتيجة للتفاعل مع البيئة، وتشمل الذات المدركة والذات الاجتماعية والذات المثالية . وقد تمتص قيم الآخرين وتسعى إلى التوافق والاتزان والثبات وتنمو نتيجة للنضج والتعلم وتصبح المركز الذي تنتظم حوله كل الخبرات .

### ثانياً: مفهوم الذات:

منذ أن بدأ روجرز في بلورة نظرية الذات أصبح " مفهوم الذات" من أهم موضوعات البحث في علم النفس وأصبح ذا أهمية خاصة في الإرشاد والعلاج المركز حول المسترشد. ومفهوم الذات كما يراه روجرز مفهوم أو تصور جشطلتي " كلي " منظم يتكون من إدراكات الفرد عن ذاته بمفردها، وكما يعبر عنها ضمير المتكلم " أنا " . ومن ثم ونتيجة للميل نحو التمايز( أي الميل نحو تحقيق الذات ) يصبح جانب من خبرة الفرد مرمزا في الوعي وفي الخبرة الذاتية؛ وذلك من خلال تفاعل الفرد مع الأشخاص ذوي الأهمية في بيئته وبالتالي فإن الخبرة الذاتية تؤدي إلى مفهوم الذات Self Concept كشيء مدرك في مجال خبرة الفرد.

**ويمكن تعريف مفهوم الذات بأنه:**

" تكوين معرفي منظم ومتعلم لمدركات الشعورية والتصورات والتقييمات الخاصة بالذات . ويبلوره الفرد ويعتبره تعريفاً نفسياً لذاته، ويتكون مفهوم الذات من أفكار الفرد الذاتية المنسقة المحددة الأبعاد عن العناصر المختلفة لكينونته الداخلية أو الخارجية . وتشمل هذه العناصر المدركات والتصورات التي تحدد خصائص الذات، كما تنعكس إجرائيًّا في وصف الفرد لذاته كما يتصورها هو وهناك العديد من مكونات الذات وهي " الذات الحقيقية " والذات كما تراها الذات ، الذات كما يراها الآخرون والذات المثالية. وانطلاقاً من هذا الفهم يبدأ تكوين مفهوم الذات لدى الشخص عندما يتفاعل مع البيئة . حينئذ تبدأ إدراكاته في التطور وحين يبدأ استخدام كلمة "أنا" يكون ذلك مؤشراً إلى أن ذاته بدأت تتكون وإدراك الخبرات يتأثر باحتياج الفرد إلى الشعور بقيمته ولا يمكن تحقيق هذا الشعور الإيجابي إلا بجهود الآخرين .

مفهوم الذات يتم تعلمه . كإحساس بالذات يعتمد على إدراك التقدير الذي يحصل عليه من الآخرين، أي أنه يقوم على الاعتبارات التي يأخذها الفرد من الخارج ومن الوالدين ومن ذوي الأهمية الذين يضعون شروطاً لا بد من توافرها كي يمنحوا الفرد نظرة إيجابية، وتصبح هذه الشروط جزءا لا يتجزأ من نظام تقدير الذات عند الفرد، له وظيفة دافعية وتكاملية وتنظيم وبلورة عالم الخبرة المتغير الذي يوجد الفرد في وسطه، ولذا فإنه ينظم ويحدد السلوك، وينمو مفهوم الذات تكوينياً كناتج للتفاعل الاجتماعي مع الدافع الداخلي لتأكيد الذات، وبالرغم من أنه ثابت إلى حد كبير إلا أنه يمكن تعديله وتغييره تحت ظروف معينة مثل: ظروف جلسات العلاج النفسي، إن الذات تعكس العالم الداخلي للفرد أكثر من كونها تعكس البيئة التي تعيش فيها ، **وفيما يلي مناقشة لمكونات مفهوم الذات ومنها :**

**مفهوم الذات الحقيقية Real Self-concept:**

وهي تعنى ما يكونه هذا الفرد فعلاً (ماذا يكون) ولكن غالباً ما يشوه الفرد الواقع الحقيقي بشكل أو بآخر، ونتيجة لهذا التشويه فإنه يصبح من المستحيل أن تزيح الغطاء عن الذات الحقيقية.

**مفهوم الذات المدركة Perceived Self- concept:**

هذا الجانب من الذات يتكون من رؤية الفرد لذاته من خلال تفاعلات الآخرين معه ، فإذا كان الفرد محبوبا ومقبولا، فإنه يرى نفسه كذلك، وإذا تعلم أنه لا أهمية ولا قيمة له فإنه سيرى ذاته على أنها لا قيمة لها.

**مفهوم الذات الاجتماعية Social Self-concept:**

وذلك عندما يدرك الفرد الآخرين على أنهم يفكرون فيه بطريقة خاصة، ومن ثم يحاول أن يعيش مستوى هذه التوقعات من جانب الآخرين، وتنشأ الصراعات عندما تكون هناك فجوة بين الذات المدركة والذات الاجتماعية.

**مفهوم الذات المثالية Ideal Self-concept:**

الجانب المثالي من الذات يمثل الطموحات التي يتطلع الفرد لتحقيقها، بمعنى أنها تعكس ما يود الفرد أن يكون عليه، ويصبح الفرد متوافقاً عندما لا تكون هناك فروق واضحة بين هذه المثاليات وما يكون بوسع الفرد أن يعمله أو يقوم به فعلاً ( محروس الشناوي ١٩٩٧: ٢٧٧) .

**ثالثاً- الخبرة :**

يمر الفرد في حياته بخبرات كثيرة، والخبرة هي شيء أو موقف يعيشه الفرد في زمان ومكان معينين، ويتفاعل الفرد معها وينفعل بها ، يؤثر فيها ويتأثر بها، ويحول الفرد خبراته إلى رموز يدركها ويقيمها في ضوء مفهوم الذات، وفي ضوء المعايير الاجتماعية أو يتجاهلها على أنها لا علاقة لها ببنية الذات أو ينكرها إذا كانت غير متطابقة مع بنية الذات ، والخبرات التي تتفق وتتطابق مع مفهوم الذات ومع المعايير الاجتماعية تؤدي إلى الراحة والخلو من التوتر وإلى التوافق النفسي، أما الخبرات التي لا تتفق مع الذات ومفهوم الذات يدركها الفرد على أنها تهديد ويضفي عليها قيمة سالبة، وعندما تدرك الخبرة على هذا النحو تؤدي إلى تهديد وإحباط مركز الذات، كما تؤدي إلى التوتر والقلق وسوء التوافق النفسي وتنشيط

وسائل الدفاع النفسي التي تعمل على تشويه المدركات والإدراك غير الدقيق للواقع.

رابعاً – الفرد:

والفرد قد يرمز أو يتجاهل أو ينكر خبراته المهددة فتصبح شعورية أو لا شعورية . والفرد لديه دافع أساسي لتأكيد وتحقيق وتعزيز ذاته .ويتفاعل مع واقعه في إطار ميله لتحقيق الذات . ولديه حاجة أساسية (رغم أنها متعلمة) للتقدير الموجب الذي يشمل الحب والاحترام والتعاطف والقبول من جانب الآخرين .

خامسا – السلوك:

والسلوك هو نشاط موجه نحو هدف من جانب الفرد لتحقيق وإشباع حاجاته، كما يتفق معظم السلوك مع مفهوم الذات ومع المعايير الاجتماعية وبعضه لا يتفق مع بنية الذات والمعايير الاجتماعية . وعندما يحدث تعارض هنا يحدث عدم التوافق النفسي .

ويمكن تغيير السلوك وتعديله ويصاحبه الانفعال . وقد يحدث نتيجة للخبرات أو الحاجات العضوية التي لم تأخذ صورة رمزية لكونها غير مقبولة، ومثل ذلك السلوك قد يكون غير متطابق مع بنية الذات ومفهوم الذات، وفي هذه الحالة قد ينفصل الفرد عنه، وهذا يؤدي إلى التوتر وسوء التوافق النفسي (محروس الشناوي، ١٩٩٧ : ٢٧٧) (حامد زهران ، ١٩٨٢ :٨٤) .

ويستعرض سيد غنيم ( ١٩٧٣ :٢٣٠) المبادئ الأساسية في الشخصية من وجهة نظر روجرز من خلال النقاط التالية :

- يوجد كل فرد في عالم من الخبرة دائم التغير هو مركزه فكل منا يحيا في عالم من الخبرة خاص به . عالم متغير باستمرار.
- يستجيب الكائن الحي للمجال كما يخبره ويدركه . والمجال الإدراكي هو واقع بالنسبة للفرد، والواقع قد يكون تجريداً بالنسبة للفيلسوف أو عالم

الميتافيزيقا، ولكنه بالنسبة للفرد فإن الواقع يخبره ويتقبله الفرد بجهازه الإدراكي الخاص به وإذا كان لدى الفرد جهازاً إدراكيًّا متسقًا بالنسبة له . فإنه سوف يكون لديه درجة معينة من القدرة على التنبؤ يمكنه الاعتماد عليها.

- o يستجيب الكائن الحي إلى المجال الظاهري ككل منظم .
- o للكائن الحي نزعة واحدة أساسية هي تحقيق وإبقاء وتقوية الكائن الحي الذي يعيش الخبرة .
- o السلوك هو محاولة موجهة نحو هدف وهو إشباع الحاجات التي يخبرها الكائن الحي في مجاله كما يدركه .
- o إن أحسن موقع ممكن لفهم السلوك هو من خلال الإطار المرجعي الداخلي للفرد نفسه، فالسلوك الذي يبدو غريباً أو لا معنى له في نظر الملاحظ الخارجي قد يكون سلوكاً عرضيًّا وهادفًا إلى حد بعيد للفرد نفسه .
- o يتمايز جزء من المجال الإدراكي الكلي بالتدريج ليكون الذات، فالذات الظاهرة تتمايز من المجال الإدراكي الكلي . والذات هي وعي الفرد لوجوده ونشاطه .
- o نتيجة للتفاعل مع البيئة ومع الأحكام التقويمية للآخرين بشكل خاص يتكون بناء الذات من نمط تصوري منظم فريد، ولكن منسق من إدراكات خصائص وعلاقات الـ ( الأنا ) أو ( ضمير المتكلم ) مع القيم التي ترتبط بهذه المفاهيم .
- o القيم المرتبطة بالخبرات التي تشكل جزءاً من بناء الذات هي في بعض الحالات قيم يخبرها الكائن الحي بصورة مباشرة، وفي بعض الحالات قيم يستخدمها أو يأخذها عن الآخرين. ولكن تدرك بطريقة مشوهة كما لو كانت خبرت بطريقة مباشرة .

- تتحول خبرات الفرد التي تحدث له في حياته إلى صورة رمزية.
- تدرك وتنظم في علاقة مع الذات .
- يتجاهلها الفرد حيث لا تدرك على أن لها علاقة بناء الذات .
- يحال بينها وبين الوصول إلى صورة رمزية أو تعطي لها صورة رمزية مشوهة لأنها لا تتسق مع بناء الذات.
- معظم طرق السلوك التي يتبناها الكائن الحي هي تلك التي تتسق مع مفهومه عن نفسه . فالذات تحاول إبقاء السلوك الذي يتسق مع الذات، ولذا فإن أحسن طريقة لإحداث تعديل في السلوك يكون بإحداث تغيير في مفهوم الذات .
- ينشأ سوء التوافق النفسي حين يمنع الكائن الحي عدداً من خبراته الحسية ذات دلالة من بلوغ مرتبة الوعي، ويؤدي هذا بدوره إلى الحيلولة دون الخبرات إلى صور رمزية وإلى عدم انتظامها في جشطلت بناء الذات .
- يتوفر التوافق النفسي عندما يصبح مفهوم الذات في وضع يسمح لكل الخبرات الحسية والحشوية للكائن بأن تصبح متمثلة في مستوى رمزي وعلى علاقة ثابتة ومتسقة مع مفهوم الذات .
- تدرك أي خبرة لا تتسق مع تنظيم أو بناء الذات كتهديد كلما زاد هذا النوع من المدركات؛ ازداد الجمود في تنظيم بناء الذات حتى يتسنى له المحافظة على بقائه .
- في ظل ظروف خاصة تتضمن أساساً انتفاء أي تهديد للذات يصبح إدراك الخبرات التي لا تتسق مع مفهوم الذات أمراً ممكناً كما يصبح من الممكن مراجعة بناء الذات بشكل يسمح بتمثيل هذه الخبرات وجعلها متضمنة في بناء الذات .

- عندما يدرك الشخص ويتقبل في جهاز متسق ومتكامل كل خبراته الحسية والحشوية، فإنه يصبح بالضرورة أكثر تفهماً للآخرين وأكثر تقبلاً لهم كأشخاص منفصلين .

## العلاج النفسي (المركز حول العميل):

ترك روجرز الباب مفتوحاً أمام المرشدين لتوظيف أي أساليب علاجية يرونها مناسبة للمرشد ولطبيعة المشكلة . ولكن ترتكز طريقته الإرشادية على توفير علاقة دافئة بين المرشد والمسترشد، حيث تتضمن الشروط التي تساعد على العلاج، فهي تخضع لمبدأ هام هو ( إذا – فإن ) بمعنى إذا توافرت العلاقة الإرشادية بشروطها فإن التغيير والتعديل في شخصية المسترشد سوف يحدث . **من الشروط الواجب توافرها في العلاقة ما يلي:**

- اتصال بين شخصين اتصالا نفسيا أحدهما المسترشد وهو في حالة عدم تطابق وقلق والآخر المرشد وهو راغب في العلاج .
- خبرات المرشد غير مشروطة بالخيار الموجب تجاه المسترشد.
- يبدي المرشد تفهماً تجاه الإطار المرجعي الداخلي للمسترشد .

يدرك المسترشد درجة معينة من الاتجاه الإيجابي للمرشد تجاهه، يشعر المسترشد بهذا التقبل. ويؤكد Patterson (1986) أن الأبعاد الأساسية للعلاقة الناجحة هي: التطابق ، التفهم ، التقدير الإيجابي غير المشروط .

### أولاً : التطابق ( الأصالة ):

يقصد بالتطابق أو الأصالة حين يكون المرشد قادراً على أن يكون هو نفسه، بدون الحاجة إلى واجهة مهنية يختبئ وراءها، بمعنى أن المرشد الأصيل هو الذي لا يختبئ وراء قناع أو يكتفي وهو يوصل أصالته في العلاقة لأنه يكون واعياً بمشاعره وتصرفاته وأن يكون صادقاً وأميناً ومباشراً في اتصاله بالمسترشد، ومن ثم فإن

إستجابته اللفظية تكون متماشية مع ردود أفعاله الداخلية ومع استجاباته غير اللفظية، كما أنها تتصف بالتلقائية، وهذا النمط من التفاعل الخالي من الزيف يسهل عملية الثقة من جانب المسترشد ، حيث لا يحتاج للمرور في طبقات من الدفاعات والواجهات ليرتبط مع المرشد. إن المرشد الذي يكون آمناً مع نفسه منفتحاً على مشاعره واستجاباته وأفكاره واتجاهاته ومن ثم يعطي الفرصة للمسترشد ليشعر بالأمن والأمان .

إن الأصالة من جانب المرشد تسهم في وجود علاقة فاعلة علاجية مع المسترشد لتقريب المسافة الانفعالية بينهما، وكذلك بمساعدة المسترشد على التطابق مع المرشد وأن يرى فيه شخصاً آخر مشابهاً لذاته. **وتقوم الأصالة من جانب المرشد على خمسة عناصر أساسية هي:**

المساندة بالسلوكيات غير اللفظية ، وسلوك الدور ، والتطابق ، والتلقائية في التعبير عن النفس ، والانفتاح .

وفي جانب السلوكيات غير اللفظية فإنه بوسع المرشد أن يستخدم مجموعة من التصرفات التي تنقل للمسترشد الأصالة في تقبله وبشرط ألا يبالغ في هذه التصرفات، وأما التطابق فيقصد به أنه يكون هناك اتساق تام بين أقوال ومشاعر وتصرفات المرشد . وبالنسبة للتلقائية فتعني أن يعبر المرشد عن أحاسيسه كما يعيشها دون تعديل أو تزييف وأن يكون ملامساً لخبرته الشخصية، كما يعني الانفتاح أن ينقل المرشد جانباً من خبراته إلى المسترشد ، وهذه الجوانب كلها من شأنها أن تنمي ثقة المسترشد في نفسه وكذلك ثقة المرشد في نفسه؛ وبالتالي الثقة بين المرشد والمسترشد .

**ثانياً : التفهم القائم على المشاركة:**

إن القدرة على المشاركة الوجدانية (التعاطف) في العلاقة الإرشادية تستدعي أن يستجيب المرشد بحساسية ودقة لمشاعر المسترشد وخبراته كما لو كانت تخصه.

والمشاركة الوجدانية تعني قدرة المرشد على تبني الإطار المرجعي الداخلي للمسترشد ، بحيث يمكن فهم العالم والمعاني الخاصة بالمسترشد بدقة ومن ثم توصيلها .

ولكي يستجيب المرشد لتفهم قائم على المشاركة لما يقوله المسترشد فإن المرشد يحتاج أن يكون حساساً للإشارات التواصلية للمسترشد، سواء كانت لفظية أو غير لفظية ، وأن يكون مدركاً لها ، ويقصد بالحساسية في هذا المضمار وجود وعي زائد بالشخص الآخر (المسترشد)، كما أن الإدراك يشير إلى القدرة على الفهم والحساسية، وهي مهارة أساسية تسمح للمرشد أن يتعرف على مشاعر المسترشد، كما أن الإدراك مهارة معرفية تمكن المرشد من أن يتعرف على مثير الشعور .(أي المثير الذي ولّد الشعور) وهاتان المهارتان الحساسية والإدراك تتضافران معاً لتقدم الاستجابة المتمثلة في التفهم القائم على المشاركة .

وإن المشاركة تعطي الفرصة للمرشد أن يسمع وأن يستجيب لمشاعر المسترشد ، أي لغضب المسترشد ولامتعاضه ولخوفه ولعدائيته، ولاكتئابه ولفرحة، عندما يستطيع المرشد أن يصغي بدقة لعالم المسترشد وأن يتعرف بدقة على المشاعر التي يعيشها المسترشد ، وهذا يتضمن الإصغاء إلى المسترشد وأن يتعرف على المشاعر التي يعيشها المسترشد، وبذلك يصبح أكثر قدرة على الإصغاء لنفسه والمشاركة تسمح للمرشد أن يعبر عن نفسه بينما يحتفظ باستقلاليته وفرديته .

وكذلك فإن التفهم القائم على المشاركة يتضمن تبني المرشد للإطار المرجعي للمسترشد، وهذا يتضمن الإصغاء للمسترشد بدون إصدار أحكام ، وبينما يعبر المسترشد عن أفكاره ومشاعره وقيمه واتجاهاته وآماله وطموحاته فإن المسترشد يصغي بدون أن يصف أياً منها بأنه صحيح أو خاطىء ، حسن أو قبيح مما يساعد المسترشد على أن يكون أكثر تقبلاً لنفسه، ويرى روجرز أنه عندما يصبح بوسع المرشد أن يتعرف على العالم الداخلي للمسترشد بدون أن يفقد هويته الخاصة في العملية ، فإن التغير يصبح حينئذ محتمل الحدوث .

## ثالثاً : الاحترام أو التقدير الإيجابي:

يعني التقدير الإيجابي أو احترام القدرة علي تقدير المسترشد كشخص له قيمة وله كرامة وتوصيل التقدير الإيجابي للمسترشد يؤدي عدداً من الوظائف في تكوين علاقة إرشادية فعالة، منها أنه يوصل للمسترشد رغبة المرشد في العمل معه، وكذلك اهتمامه به كشخص وتقبله له، ومن ثم يجب تحديد أربعة جوانب أساسية للتقدير الإيجابي وهي : وجود إحساس بالالتزام نحو المسترشد وبذل الجهد لفهم المسترشد ، وتعليق (حجب) الأحكام النقدية . والتعبير عن قدر معقول من الدفء. والتقدير الإيجابي أو احترام الآخرين ينشأ من احترام الذات. وإن المرشدين الذين لا يحترمون خبراتهم وأفكارهم ومشاعرهم الشخصية سيجدون صعوبة في احترام أفكار ومشاعر الآخرين، وكذلك فإن توصيل الاتجاه الخاص بالدفء والاهتمام والتقدير للمسترشد يقوم إلى حد بعيد على أساس التفهم القائم على المشاركة . وهناك علاقة بين التقدير الإيجابي وبين أصالة المرشد أو تطابقه في العلاقة، فالمرشد الذي لا يحترم قدرة المسترشد على مواجهة الحياة والتعامل مع مشاعره واستجاباته سيجد صعوبة في أن يسهم بأفكاره ومشاعره وردود الفعل لديه حول سلوك المسترشد، فإن هذا المرشد سيجد صعوبة في مواجهة المسترشد في إطار العلاقة، وبذلك فإن الاحترام الذي يكنه المرشد للمسترشد يساعد على أن يكون صادقاً ومتطابقاً في العلاقة، أما الدفء والمشاعر الإيجابية، والتي تمكن المرشد أن يوصلها للمسترشد بطرق لفظية، (بالكلام ) ، وكذلك بطرق غير لفظية فمن الطرق اللفظية أن يقول المرشد " إني مهتم بمشكلتك " " موضوعك أنا مهتم به " "أنت ستكون موضع اهتمامي ".

أما الأسباب غير اللفظية فمنها: نظرة العينين ، نبرة الصوت ، تعبيرات الوجه ، وضع الجلوس ، القرب من المسترشد .

عملية العلاج:

ويبدأ العلاج النفسي - المركز حول المسترشد - والذي يتميز بوضوح النظرية التي تهدف إلى نمو الشخصية، التي تهدف إلى نمو الشخصية، وحسب هذا المنهج العلاجي هي التطابق الأساسي بين المجال الظاهري لمفهوم الذات والتخلص من المحتويات المهددة لمفهوم الذات الخاص مما يؤدي إلى التوافق النفسي الصحي.

وأفضل وسيلة لفهم الفرد هي فهم الإطار المرجعي الداخلي له، أي فهم سلوك المسترشد من وجهة نظره هو نفسه وطريقة نظرته إلى الأشياء وطريقة إدراكه للعالم من حوله وطريقة اتخاذه لقراراته ، لأن هناك عالما مختلفا لكل فرد – عالما خاصا به وإطارا مرجعيا شخصيا.

وعندما يصل المعالج إلى فهم سلوك المسترشد في الإطار يبدأ في مساعدته على زيادة فهم نفسه بدرجة واضحة، كذلك التعرف على التفاوت بين عالمه الذاتي الخاص كما يدركه وبين العالم الخارجي الواقعي الموضوعي الذي يواجهه، وأحسن أسلوب لإحداث التغير في السلوك هو أن يحدث التغير في مفهوم الذات، ولكي يتم هذا لابد من تهيئة مناخ علاجي آمن خال من التهديد الذي يهدد ذات المسترشد ، مناخ يتسم بالحرية والتقبل والثقة المتبادلة والاطمئنان على سرية المعلومات، وهذا يتيح فرصة الإفصاح عن الانفعالات والتعبير عن المتاعب ودراسة الذات ومفهوم الذات وفحص الدوافع وفهم الاتجاهات بدون تدخل مباشر من أحد، وهكذا يساعد المعالج المسترشد على بلورة وإيضاح مفهوم الذات لديه ويساعده على نقل خبراته تدريجيًّا من مستودع الذات الخاصة إلى المعالج وتزداد ثقة المسترشد في المعالج بدون شروط .

ويصبح المسترشد مستعدا لمراجعة وإعادة تكامل بناء ذاته . ويصبح أكثر حرية وطلاقة في التعبير عن الخبرات الخاصة، ومن ثم يقل أو يغيب التهديد . أي يغيب الدفاع والمقاومة الشعورية، ويخبر المسترشد شعوريًّا وفي وعي العوامل التي أدت وتؤدي إلى سوء توافقه النفسي وبصفة خاصة عدم التطابق بين مفهوم الذات

والخبرة أو بين مفهوم الذات الواقعي ومفهوم الذات المثالي أو مكونات ومحتوى مفهوم الذات الخاص، ومن ثم يزداد استبصار المسترشد ويترجم هذا الاستبصار إلى فعل وسلوك ويزداد اعتماده على نفسه، ويحدث التطابق بين مفهوم الذات والخبرة والذات المثالية . ويتخلص من تهديد محتوى مفهوم الذات الخاص ويصبح أكثر موضوعية وأكثر واقعية .

ولذا نجد أن المسترشد يتقبل ذاته ويتقبل الآخرين وينظم مفهومه عن ذاته ليصبح متطابقاً مع خبراته وينطلق نحو تحقيق الذات . وبذلك ينطلق من حالة سوء التوافق إلى التوافق النفسي ويعود المسترشد سويًّا، متوافقًا ، صحيحًا نفسيًّا (حامد زهران ، ١٩٨٠) (Paterson , 1986) .

## مراحل الإرشاد المتمركز حول العميل:

### المرحلة الأولى:

تتصف هذه المرحلة بعدم رغبة المسترشد في التعبير عن ذاته لأنه يرى أن العلاقات القريبة وعلاقات التخاطب أو الاتصال تمثل تهديداً لذاته؛ لذا فإن الحديث بين المرشد والمسترشد يدور حول أمور خارجية فقط .

### المرحلة الثانية :

تبدأ بتعبيرات المسترشد في الأسباب ولكن حول موضوعات ليس لها صلة بالذات، أو يرى المشكلات على أنها أمر بعيد عنه ولا يتحمل أي مسئولية شخصية نحوها ، ويظهر لديه نوع من التردد لتقبل الإرشاد .

### المرحلة الثالثة:

تزداد حرية التعبير عن الذات وعن الخبرات والموضوعات المتصلة بالذات، ولكن التعبير عن المشاعر الخاصة بالماضي وعن المعاني الشخصية وبشكل خاص السالبة فما زال بعيداً عنها مع قليل من التقبل لها، وبذلك تتهيأ الظروف لبداية العلاج أو الإرشاد .

المرحلة الرابعة:

تمتاز هذه المرحلة بحدوث انفتاح في الطريقة التي يعبر بها المسترشد عن خبراته وحدوث بعض الاكتشافات لبنية الذات وازدياد في تمايز المشاعر، ويتكون الإحساس بالمسئولية الشخصية في حل المشكلة.

المرحلة الخامسة:

ينطلق المسترشد في هذه المرحلة للتعبير عن مشاعره الحالية مع شعوره بالدهشة والخوف وعدم الثقة والوضوح، وتبدأ المشاعر والمعاني الشخصية بالتمايز مع شعور المسترشد أنها تنتمي إليه .

المرحلة السادسة:

تتصف هذه المرحلة بأنها مميزة وجادة وتظهر فيها بعض ردود الفعل الفسيولوجية مثل : الدموع والتنفس العميق ، والاسترخاء العضلي وهي مفيدة للجهاز العصبي، وفي هذه المرحلة يبدأ المسترشد في فهم ذاته ومشكلاته، ويحاول الوصول إلى الحلول الكافية لها واتخاذ القرارات السليمة (Paterson , 1986 ).

**ثانيا: العلاج العقلاني الانفعالي:**

**Rational Emotive Therapy**

ألبرت أليس Albert Ellis هو عالم نفسي إكلينيكي أمريكي الأصل اهتم بالتوجيه والإرشاد المدرسي والإرشاد الزوجي والأسري ، وهو أول من حاول إدخال العقل والمنطق في عملية الإرشاد والعلاج النفسي، وحصل أليس على درجة الماجستير عام ١٩٤٣ في علم النفس الإكلينيكي من جامعة كولومبيا وبدأ يمارس عمله في مكتب خاص بالإرشاد والعلاج النفسي في مجالات الزواج والأسرة، وهذا يعنى أنه بدأ الانفتاح على الأسرة وتأثيراتها وتوظيف إمكانياتها في العلاج والإرشاد منذ بداية حياته العملية .

وقد حصل على درجة الدكتوراه عام ١٩٤٧ من جامعة كولومبيا وعمل في التحليل النفسي كإخصائي إكلينيكي في عيادة الصحة العقلية اللاحقة بمستشفى المدينة.

بدأ أليس طريقته نحو أسلوب منطقي للعلاج النفسي وطورها من خلال سلسلة مقالات وبحوث نشر فيها أفكاره عام ١٩٥٥ ، وكانت طريقة اليس في العلاج تتبع أسلوبا منطقيا للعلاج النفسي، وذلك تأسيسا على نموذج فلسفي أكثر منه على نموذج نفسي. وقد بدأ الكتابة عن أسلوبه الجديد في العلاج النفسي عام ١٩٦٢ عندما نشر كتابه : " **السبب والانفعال في العلاج النفسي** ".

**Reason and Emotion in Psycholojy**

ولقد استقطبت نظرية العلاج العقلاني اهتمام علماء النفس بوجه عام وعلم النفس الإرشادي والعلاج النفسي، والنظرية العقلانية الانفعالية ما هي إلا نظام متميز بين النظريات المعاصرة في الإرشاد والعلاج النفسي ، واستند العلاج العقلاني– الانفعالي إلى فكر الفيلسوف الإغريقي " ابيكتيتوس " عن أن ما يجعل عقول الناس تضطرب ليس الأحداث وإنما بالأحرى الأفكار والمعارف أي الطريقة التي ندرك بها الأشياء وليس الأشياء، نفسها هي التي تسم سلوكنا بالاضطراب أو السواء.

وحيث يركز العلاج العقلاني الانفعالي على أن البشر يفكرون ويشعرون ويتصرفون بالتوالي، وهم نادراً ما يشعرون بدون أن يفكروا؛ لأن المشاعر تستثار عن طريق إدراك الموقف ومن ثم يؤكد هذا المنحى على العلاقة الوثيقة المتبادلة بين التفكير والانفعال بحيث إنها عادة ما يعملان بشكل مصاحب، ويتم ذلك بطريقة دائرية .

فالتفكير يصير انفعالاً والانفعال يصير تفكيراً ويأخذ هذا التفكير والانفعال شكل الحديث الذاتي وهذا الحديث يوجه سلوك الفرد إما إلى وجهة عقلانية أو

وجهة غير عقلانية؛ ولذا نجد أن الفكرة الأساسية لهذا الاتجاه في العلاج قائم على مبدأ عدم الفصل بين التفكير العقلاني والجوانب الانفعالية عند الإنسان ، من جهة، وبين سلوكه من الجهة الأخرى. حيث يرى أليس أن سلوك الإنسان في أي موقف معين عبارة عن مزيج من الأفكار العقلانية والأفكار غير العقلانية في وقت واحد ، فالناس يتصرفون في مواقف الحياة حسب إدراكهم لتلك المواقف .

وتذهب هذه النظرية إلى أن الاستثارة الانفعالية والسلوك اللاتكيفي يتأثران بتفسيرات الفرد للمواقف، وحيث تعمل تلك التفسيرات كوسائط رمزية لهما، وإنه يوجد كثير من المعتقدات اللاعقلانية أو التوقعات والافتراضات اللاعقلانية، وبقدر ما تزداد تلك المعتقدات اللاعقلانية لدى الفرد بقدر ما يتوقع من تحريف ومن سوء فهم للمواقف مع ما يتبع ذلك سلوك لاتوافقي للفرد.

ولذا نجد أن المعرفيين من أمثال ألبرت أليس Ellis و آرون بيك Beck وجورج كيلي Kelly ، وأرنولد لازاروس Lazarus وغيرهم يؤكدون على أهمية العمليات المعرفية مثل التفكير والإدراك والتعلم والذاكرة واللغة والدافعية في تغيير انفعالات الفرد وسلوكه ، وأن أفكار الفرد واتجاهاته عن الذات ، والعالم ، والمستقبل هي وراء نشأة واستمرار الاضطرابات النفسية.

ويؤكد عبد الستار إبراهيم ( ١٩٨٣ ) أن العلاج النفسي السلوكي المعاصر يسلم بأن كثيراً من الاستجابات الوجدانية والسلوكية ، والاضطرابات تعتمد إلي حد بعيد على معتقدات فكرية خاطئة يتبناها الفرد عن نفسه وعن العالم المحيط به .

كما يذهب إلى أن الانفعال الإنسانى هو في صميمه عملية اتجاهيه attitudianl ومعرفية – Cognitive وأن الكائنات البشرية يحكمها تقدير للمواقف ينطوي على حكم حسي وحكم فكري أو تأملي .

ويعتبر القرار النهائي للقيام بأي فعل اختياراً يحقق الانفعال الأصلي أو يحول دونه، وبالنسبة للفرد فإن اختيار فعل موجه إلي هدف هو في الأساس رغبة

عقلانية، وميل تجاه ما يتم تقديره للمواقف بصورة تأمليه على أنه حسن، وهذه الميول العقلانية للقيام بأي فعل تنظم الشخصية الإنسانية تحت توجيه الصورة المثالية للذات .

والانفعال ليس إلا تفكيراً يحمل في طياته حكما عقلانيا تجاه موضوع ما بأنه جيد أو رديء ، وأن عمليات التفكير المختلفة ، والتصور الذهني والمتوقع والتنبؤ بما ستكون عليه الأشياء هي مصدر أساسي للانفعال، و يتم ذلك عن طريق الحوار الداخلي والخيارات والتصورات التي تدور في عقل الفرد - أي ما يقوله الفرد لنفسه – سواء على المستوى الشعوري أو اللاشعوري.

أما فاروق عبد السلام ( ١٩٧٨ :٣٣٠ ) فإنه يرى أهمية معرفة المعتقدات اللاعقلانية في تحديد التنظيم المعرفي للشخصية ، كما يفسر التنظيم المعرفي للشخصية على أساس نظام المعتقدات وأن لكل فرد آلافا من المعتقدات التي لا يمكن حصرها والتي نستطيع أن نستدل عليها من هفوات لسانه ومن أفعاله القهرية ومن حركاته التعبيرية .

**مفاهيم العلاج العقلاني الانفعالي:**

يشير أليس Ellis (1977) إلى أنه اكتشف من خلال خبراته السابقة عددا من المفاهيم الهامة في العلاج النفسي وكان لها أهميتها في بلورة وظهور نظريته في الإرشاد والعلاج العقلاني الانفعالي وهي :

**١ - التحدث إلى الذات : self- talking:**

إن الانفعالات السالبة مثل القلق والإحباط والاكتئاب والاضطراب الانفعالي هي نتيجة لما يريده الفرد لذاته من جمل وعبارات وأفكار لاعقلانية ولا واقعية ولا تقوم على خبرة تجريبية دقيقة، ولكي نفهم سلوك قهر الذات يجب أن نفهم كيف يشعر الفرد ويفكر ويدرك ويتصرف.

٢- التقييم الذاتي self – Evaluation:

يلجأ الفرد بعد كل موقف إلى أن يقيم ذاته من حيث أفكاره وأفعاله ، وغالبا ما يتم هذا التقييم بالسلبية، وشدة لوم الذات ولا يعتمد على الموضوعية أو العقلانية؛ مما يساعد في حدوث الاضطرابات النفسية، ولكن حين يفكر ويتصرف بطريقة عقلانية يصبح ذا فاعلية ويشعر بالسعادة والكفاءة .

٣- المساندة الذاتية : self- sustaining :

وهي صورة من صور التدعيم الذاتي غير الواضح حيث يميل الفرد إلى مساندة ذاته في مواقف عديدة من الحياة والتخلي عن ذاته في مواقف أخرى، وعندما لا تقوم تلك المساندة على استخدام المهارات الاجتماعية السليمة ، وتفتقر إلى التفكير العقلاني يؤثر ذلك في انفعال الفرد وسلوكه.

٤- المؤثرات الوراثية والبيئية :Hereditary& Environmental :

يعتقد أليس (١٩٧٥) أن الإنسان يولد ولديه استعداد قوي لأن يكون عقلانيا أو غير عقلاني، وأنه يصنع اضطراباته بنفسه ويتعلم ذلك من خلال الإشراط الاجتماعي وتدعيم وتعزيز هذه الرغبة اللاعقلانية، كما أن الإنسان لديه القدرة على الضبط الذاتي والتفكير بطريقة عقلانية تمكنه من تغيير فلسفته اللاعقلانية المسببة للاضطراب وأن علاقة الفرد بالآخرين يجب أن تتميز بالاتزان دون مبالغة والاحتفاظ بعلاقات طيبة مع الآخرين، وهذا يكون ناتجا عن أن الإنسان أثناء مرحلة الطفولة يخضع للتأثير من أفراد أسرته والبيئة المحيطة أي المجتمع بوجه عام، ولكن على الرغم من أن هناك اختلافات كبيرة بين الأفراد في مستوى الخضوع للتأثير البيئي، فإن البشر يصنعون اضطرابهم الانفعالي من خلال خضوعهم لتعاليم الأسرة والمجتمع والتقاليد، وتستند نظرية العلاج العقلاني الانفعالي إلى مجموعة من الأسس الفلسفية التي بلورها (لويس مليكة ١٩٩٠) وهي كالتالي:

أ- الأسس الفلسفية :

الأصول الفلسفية للإرشاد والعلاج العقلاني الانفعالي ترجع إلى آراء بعض الفلاسفة الأوائل، والتي ترى أننا نضطرب لا من الأشياء ولكن من آرائنا عنها ومن تفكيرنا فيها ، وقد اقتبس أليس هذه الفكرة عن هاملت في قوله : " ليس هناك خير أو شر،ولكن التفكير هو الذي يجعل الشيء خيرًا أو شرًّا ".

ب – الأسس الفسيولوجية:

ترى تلك النظرية أن الإنسان يخلق اضطراباته الانفعالية بنفسه عندما يصر على أن يحدث كل شيء على أحسن وجه في حياته، وإنه إذا لم يحصل فوراً على ما يريد ، فإنه يلعن ذاته والآخرين ، وأن الإنسان إذا فكر وعمل بقدر كاف لفهم نظم معتقداته ، فإنه يستطيع التوصل إلى تغيرات هامة وشافية وواقية من نزعاته المثيرة للاضطراب ، وإذا حصل علي مساعدة للتخلص من تفكيره اللاعقلاني والانفعالي والسلوكي غير المناسبين عن طريق معالج موجه وإيجابي يواجهه بأسلوب الحوار الفلسفي، فإنه غالباً يستطيع تغيير معتقداته وأفكاره المسببة للأعراض المرضية .

ج- الأسس السيكولوجية:

ترى النظرية أن النضج الانفعالي هو اتزان دقيق بين اهتمام الفرد بالعلاقات مع الآخرين ومبالغته في الاهتمام بها .

ذلك أنه إذا كان هذا الاهتمام كبيراً جدًّا أو قليلا جدًّا فإن الفرد سوف يتصرف بصورة اجتماعية أو عدوانية وإنه من الأفضل أن تكون له علاقات طيبة ومتوازنة بالآخرين.

**وبالتالي " فأليس " Ellis (1977) يصنف المعتقدات أو الأفكار إلى قسمين:**

أ- اعتقادات منطقية وعقلانية : وتصاحبها في الغالب حالات وجدانية سليمة وتدفع الإنسان لمزيد من النضوج والانفتاح.

ب- اعتقادات لا منطقية وغير عقلانية: وتصاحبها الاضطرابات الانفعالية كالعصاب والذهان والإحباط.

## العوامل المؤدية للاضطراب النفسي:

ويمكن تصنيف العوامل الفكرية المسببة للاضطراب النفسي والعقلي إلى فئتين من العوامل هما:

١- عوامل متعلقة بمحتوى الأفكار والمعتقدات.

٢- عوامل متعلقة بأساليب التفكير والمعتقدات.

وفيما يتصل بالفئة الأولى فقد وضع أليس Ellis إحدى عشرة فكرة أو قيمة غير عقلانية شائعة في المجتمع الغربي والتي تؤدي - من وجه نظره - إلي انتشار العصاب، ولقد ذكرت هذه الأفكار في كثير من المراجع الأجنبية والعربية وهي كالتالي :

*** الفكرة الأولى : من الضروري أن يكون الشخص محبوبا أو مرضيا عنه من كل المحيطين به:**

**وفي رأى أليس Ellis أن هذه الفكرة غير منطقية للأسباب الآتية:**

- أن إرضاء الناس غاية لا تدرك بسهولة .
- إذا اجتهد الفرد لتحقيقها يزيد من اعتماديته ويقلل من شعوره بالأمان والاستقلال .
- رغم نبل الهدف إلا أنه ليس على الفرد التضحية برغباته واهتماماته في سبيل تحقيقه.

*** الفكرة الثانية : " يجب علي الفرد أن يكون على درجة كبيرة من الكفاءة والمنافسة والإنجاز حتى يكون ذا قيمة وأهمية":**

"وهذه الفكرة أيضا من المستحيل تحقيقها بشكل كامل ، وإذا أصر الفرد علي تحقيقها فإن ذلك ينتج عنه اضطرابات نفسية وجسمية، وشعور بالنقص وعدم القدرة على الاستمتاع بالحياة الشخصية ، كما يتولد لديه كذلك شعور دائم بالخوف من الفشل، أما الشخص المنطقي فإنه يفعل ذلك انطلاقاً من مصلحته وليس من منطلق أن يصبح أفضل من الآخرين ، إنه يفعل ذلك لكي يستمتع بالنشاط الذي يقوم به وليس لمجرد مشاهدة النتائج

*** الفكرة الثالثة : "بعض الناس يتصفون بالشر والأذى والجبن وعلى درجة عالية من الخسة والنذالة، وهم لذلك يستحقون العقاب والتوبيخ":**

- وتعتبر هذه الفكرة غير منطقية للأسباب الآتية:
- عدم وجود معيار مطلق للصواب أو الخطأ .
- التصرفات الخاطئة قد تكون نتيجة للغباء أو الجهل أو الاضطراب النفسي.
- إن كل فرد عرضه لارتكاب الأخطاء.
- العقاب واللوم لا يؤدي بالضرورة لتحسين السلوك حيث إنها لا تقلل الغباء أو الاضطراب النفسي، بل قد يؤدي ذلك إلى سلوك أسوأ.

والشخص العاقل هو الذي لا يلوم الآخرين، وإذا لامه الآخرون فإنه يحاول أن يصحح سلوكه إذا كان خطأ ، فإذا تأكد أنه غير مخطئ فعليه أن يدرك أن لوم الآخرين له دليل على اضطرابهم النفسي ، وإذا وجد الآخرين يخطئون فإنه يحاول أن يفهمهم ، وإذا أمكن فليساعدهم على التوقف عن الخطأ، وإذا كان ذلك غير ممكن فإنه يحاول ألا يتعرض للأذى أو للألم النفسي ، وحينما يخطئ هو فعليه أن يعترف دون أن يرى في ذلك كارثة أو تؤدي به إلى الشعور بعدم الأهمية.

*** الفكرة الرابعة : " إنه لمن النكبات المؤلمة أن تسير الأمور علي غير ما يريد الفرد":**

يرى أليس أن تعرض الفرد للإحباط في مواقف معينة يعتبر شيئا طبيعيا، ولكن غير الطبيعي استمرار الحزن والإحباط فهو يعتبر شيئا غير منطقي للأسباب التالية :

- لا يوجد سبب يجعل الأشياء تختلف عن الواقع الذي هو عليه.
- إن الاستسلام للحزن والإحباط يجعل الأمور تتطور للأسوأ ولا يغير من الأمر شيئا.
- إذا لم يكن هناك ما يمكن فعله تجاه الموقف فالتصرف المنطقي الوحيد هو تقبله بمعنى أن نتقبل هذا الموقف.
- يؤدى الحزن والإحباط للاضطراب الانفعالي وذلك عندما يصور الفرد الرغبات الناتجة عن المواقف المحبطة؛ كما ولو كانت شرطا لتحقيق السعادة ويحاول تحسينها ما أمكنه ذلك ، وإلا فعليه أن يتقبلها.

*** الفكرة الخامسة : " أن المصائب والتعاسه تنتج عن ظروف خارجية لا يستطيع الفرد التحكم فيها ":**

يرى أليس أن هذه الفكرة غير صحيحة لأن القوى والأحداث الخارجية قد تشكل في مظهرها عدواناً على الإنسان وتهديدا لأمنه. إلا أن هذا التصور نفسي في طبيعته ، فالأشياء الخارجية قد لا تكون مدمرة بذاتها، ولكن تأثر الفرد بها واتجاهاته نحوها وردود أفعاله تجاهها، هو الذي يجعلها تبدو كذلك ،فالفرد يولد لنفسه الاضطراب وذلك حين يضخم الأمور ويهول في تصوير الأحداث ونتائجها، بأن يقول لنفسه كم هو مفزع أن يكون هناك شخص رافض لي أو متضايق مني، والشخص الذكي هو الذي يعرف أن التعاسة تأتي غالبا من داخل النفس ، وأنه بينما تأتي الإثارة أو المضايقة من الخارج إلا أنه يدرك أن من الممكن تغيير ردود أفعاله نحوها، وذلك بإعادة النظر فيها وتحديدها والتعبير لفظيا عنها.

*** الفكرة السادسة : " إن الأشياء الخطرة أو المخيفة تعتبر سببا للانشغال والفكر الدائم وينبغي أن يتوقعها الفرد دائما :**

وهذه الفكرة من وجهة نظر أليس فكرة غير منطقية لأن الهم وانشغال البال والقلق يؤدى إلى أضرار ويجعل من تلك الفكرة غير المنطقية، وأهم هذه الأضرار :

- لا يتيح الفرصة للتقويم الموضوعي لاحتمال وقوع أحداث خطيرة.
- لا يتيح الفرصة للتعامل معها ومواجهتها بفاعلية إذا وقعت بالفعل.
- يؤدي ذلك إلى وقوعها بالفعل.
- يؤدى ذلك إلى المغالاة في تصور نتائجها.
- لا يحول دون وقوعها إذا كانت لا بد من حدوثها.
- يجعل الأحداث المخيفة تبدو أكبر كثيرا من واقعها.

والشخص العاقل يدرك أن الأخطاء الممكنة لا ينبغي توقعها بصورة تورث الهم والقلق؛ لأن ذلك لا يمنع وقوعها، بل قد يزيد من شدة وقعها، وقد يكون تأثير القلق أخطر من تأثير الأحداث نفسها إذا وقعت ، ويدرك الشخص العاقل أيضا أن بعض الأشياء المخيفة ينبغي التشجيع علي ممارستها إذا لم تنطو على أضرار، ولم تكن لها مضاعفات؛ وذلك لكي يتخلص من الخوف من أشياء لا تخيف في الواقع.

***الفكرة السابعة: " من الأسهل أن نتفادى بعض الصعوبات والمسئوليات الشخصية عن أن نواجهها ":**

وهذا التفكير غير المنطقي لأن تجنب القيام بواجب ما يكون غالبا أصعب وأكثر إيلاما من القيام به ويؤدي فيما بعد إلى مشكلات وإلى مشاعر عدم الرضا، بما في ذلك مشاعر عدم الثقة بالنفس ، كذلك فإن الحياة السهلة ليست بالضرورة حياة سعيدة فالشخص العاقل يقوم بما ينبغي عليه القيام به دون الشكوى المستمرة، كذلك يتفادى الشخص بذكاء الأعمال المؤلمة التي لا ضرورة لها (غير المطلوبة) وعندما يجد نفسه يتجنب المسئوليات فإنه يقوم بتحليل الأسباب التي تكمن وراء تجنبه لهذه المسئوليات ويدمج نفسه في مهمات شخصية، وعندئذ يتحقق من أن الحياة المتسمة بالمسئولية والتحدي وحل المشكلات هي حياة ممتعة.

***الفكرة الثامنة : " يجب أن يعتمد الشخص علي آخرين ويجب أن يكون هناك شخص أقوى منه يستند عليه ":**

يرى أليس إن المبالغة في الاعتماد على الآخرين تعد فكرة غير منطقية لأنها تؤدي لمزيد من الاعتمادية مما يؤدي إلى فقدان الاستقلال الذاتي والتعبير عن الذات، وبالتالي فقد الحرية وعدم الشعور بالأمان حيث يصبح الفرد تابعا للآخرين لا يملك إرادته؛ و لذا فهو لا يستطيع تحقيق ذاته، كذلك يعتبر إخفاقا من التعلم من خبرات الحياة حيث يكون الفرد تحت رحمة الآخرين الذين يعتمد عليهم، والشخص المنطقي يسعى إلى الاستقلالية والذاتية في سبيل حريته وشعوره بالاستقلال.

*** الفكرة التاسعة : " إن الخبرات والأحداث الماضية هي المحددات الأساسية للسلوك في الوقت الحاضر ،وأن تأثير الماضي لا يمكن استبعاده ":**

ويرى أليس عكس هذه الفكرة هو المنطقي ، حيث إن ما كان ضروريا من سلوك في الماضي (في ظروف معينة) قد لا يكون ضروريا في الوقت الحاضر كما أن المؤثرات الماضية قد تستخدم كأعذار للسلوك الحالي على سبيل التبرير أو الهروب، والحلول التي كانت تلائم الماضي ليس من الضروري أن تلائم الحاضر ورغم صعوبة تعديل ما سبق تعلمه في الماضي إلا أنه ليس شيئا مستحيلا.

والعاقل يدرك أن الماضي مهم ، ولكنه يدرك أيضا أن الحاضر يمكن تغييره بتحليل المؤثرات الماضية وإثارة التساؤلات حول بعض الأفكار والمعتقدات ذات التأثير السلبي ومحاولة تعديلها لتتوافق مع الظروف الحاضرة .

*** الفكرة العاشرة : " ينبغي على الفرد أن يحزن لما يصيب الآخرين من مشكلات واضطرابات".**

وهذه فكرة غير منطقية حيث إن مشكلات الآخرين لا ينبغي أن تكون مصدر هَمٍّ كبير لنا، ومن ثم يجب ألا تسبب لنا ضيقا حتى ولو كان سلوك الآخرين

يؤثر فينا ، فإن تفسيرنا لهذا التأثير هو الذي يقلقنا أو يحزننا ، وعندما يصبح الفرد مضطربا بدرجة شديدة بسبب سلوك الآخرين، فهذا يعني ضمنا أنه يملك القوة التي تضبط سلوك الآخرين، لكنه في الواقع يقلل من القدرة على تغييره ، وعندما يصبح الفرد مهتما بسلوك الآخرين فإن هذا الاهتمام قد يؤدى إلى إهمال مشاكله الخاصة .

والشخص العاقل والمنطقي هو الذي يحدد متى يكون سلوك الآخرين مؤذيا له، ثم يحاول أن يساعد هؤلاء الآخرين على التغيير ، وإذا لم يكن من الممكن عمل شيء فإنه يقبل الموقف ويعمل على تحقيقه بقدر المستطاع.

***الفكرة الحادية عشرة: هناك دائماً حل صحيح أو كامل لكل مشكلة، وهذا الحل يجب التوصل إليه و إلا فإن النتائج ستكون خطيرة أو مؤلمة".**

**وهذه الفكرة غير منطقية من وجهه نظر " أليس Ellis "لأنه :**

- لا يوجد مثل هذا الحل الكامل.
- إن ما نتصوره من نتائج يترتب على الإخفاق في الحصول علي مثل هذا الحل الصحيح والكامل ، غير منطقي لأن الإصرار على مثل هذا الحل يقودنا إلى القلق أو الخوف.
- إن السعي إلى الكمال في الحلول ينتج عنه حلول أضعف من الممكن فعلا ، ويحاول الشخص المتعقل أن يجد حلولا ممكنة متنوعة للمشكلة ، وأن يتقبل أفضلها أو أكثرها واقعية مع التسليم بأنه لا توجد إجابة كاملة لأي مسألة أو مشكلة.

**أما بالنسبة للفئة الثانية والتي تتعلق بأساليب التفكير الخاطئ وغير الفعال فيمكن تلخيصها في : المبالغة – التعميم – الثنائية والتطرف – أخطاء الحكم والاستنتاج وهي كالآتي:**

١- المبالغة :

وهي تعني المبالغة في إدراك الأشياء، أو الخبرات الحياتية، وإضفاء دلالات مبالغ فيها كتصور الخطر أو الدمار فيها، ومن المنطقي أن المبالغة في إدراك الأشياء تميز الأشخاص المصابين بالقلق، وإذا كانت المبالغة وتضخيم الأشياء الخاطئة باعتبارها مسببة للقلق ، فإن التهوين الزائد والتقليل من المخاطر الواقعية قد يكون له نتائج انفعالية مماثلة .

٢- الثنائية والتطرف:

يميل بعض الأشخاص إلى إدراك الأشياء إما بيضاء أو سوداء ، حسنة أو سيئة ، صادقة أو خاطئة ، دون أن يدركوا أن الشيء الواحد الذي قد يبدو في ظاهر الأمر سيئا، قد تكون فيه إيجابيات أو يؤدي إلى نتائج طيبة. ويطلق الباحثون على هذه الخاصية مفاهيم مثل : النفور من الغموض أو تصلب الشخصية ولهذه الخاصية تأثير سيئ في العلاقات الاجتماعية .

وتمتلئ عبارات المضطربين بكلمات مثل "مطلقا، ومن المستحيل، ودائما، وبالمرة " وتنتشر في حالات سوء التوافق .

ونجد أن حالات كثيرة من الضيق والاكتئاب قد تتملك المرء إذا ما كان يعتنق إزاء الأشياء التي تواجهه آراء يقينية عن سوء نتائجها بالنسبة له ، وإذا نظرنا إلى الاضطرابات الوجدانية كالغضب والاكتئاب والعصا ب نجد أن عامل التطرف من العوامل الهامة في إثارة هذه الاضطرابات ، ويرتبط هذا الأسلوب بأسلوب آخر خاطئ في التفكير يطلق عليه "التجريد الانتقائي " كأن يعزل الشخص خاصية معينة من سياقها العام، ويؤكدها في سياق آخر ، والتجريد الانتقائي يشيع في تفكير الكثير من المضطربين، حيث يركز الفرد على جزء من التفاصيل السلبية ويتجاهل الموقف ككل فهو لا يتذكر من المواقف الحياتية التي تقابله يوميا إلا أن فلانا تجاهله أو آخر يحقد عليه وهكذا .

٣- التعميم:

وهي تعني الميل لإضفاء خصائص الجزء على الكل هو نزوع إلى التعميم، وهو وسيلة عقلية تساعد علي التعلم وتكون إيجابية إذا ما اعتمدت على أسس منطقية ، أما إذا ما اعتمدت على أسس غير منطقية فيمكن الحكم عليها بالتعميمات الخاطئة.

حيث تؤدي التعميمات الخاطئة إلى كثير من الأمراض الاجتماعية (كالتعصب القومي مثلا) كما تكون عاملا حاسما في بعض الأمراض النفسية كالقلق – المخاوف المرضية – الفصام – الاكتئاب – العدوان.

٤- أخطاء الحكم والاستنتاج:

إن التفسير الخاطئ للمواقف يؤدى بلا شك إلى أحكام واستنتاجات خاطئة وذلك إما يرجع إلى نقص المعلومات أو وضعها في سياق مختلف أو لنقص الذكاء ، فقد يعتقد مريض الفصام أن طبيبه يتواطأ مع الآخرين في محاولة السيطرة عليه وإخضاعه ، وبالتالي تؤدي أخطاء الحكم والاستنتاج إلى العديد من حالات الاكتئاب و العدوان والقلق( Nelson 1982:301).

وبذلك يرى أليس (١٩٧٧) من خلال نظريته للعلاج العقلاني الانفعالي عندما يجسد لنا التفكير اللامنطقي وعلاقته بالاضطرابات النفسية حيث يؤكد أن الاضطرابات الانفعالية لا تبدأ من النقطة (A) وهي الخبرات أو المواقف التي حدثت والتي تؤثر على الأفراد ولكن تنشأ مباشرة من (B) وهي تعني الأفكار التي يتبناها الفرد حول هذه الخبرات والمواقف وهي تشتمل على التالي :

- ( B ) وهي أفكار عقلانية .
- ( rBs ) وهي رغبات ومطالب وتفصيلات وأفكار لاعقلانية.
- ( irBs ) وهي مطالب وأوامر وحتميات مطلقة.

ومن ثم فهو يرى أن العلاج يساعد الفرد المضطرب على التخلص من الأفكار والاتجاهات غير المنطقية وأن يحل محلها أفكار أو اتجاهات منطقية وعقلانية.

## فنيات العلاج العقلاني الانفعالي:

يوضح أليس Ellis أن العلاج تبعاً لنظرية الإرشاد العقلاني الانفعالي هو إعادة بناء الفرد لفلسفته في الحياة بصورة شاملة، حيث يستند على افتراض أن الأفراد يكون لديهم مجموعة من الاضطرابات المعرفية والانفعالية والسلوكية عند حضورهم للإرشاد ، وتشمل هذه الفلسفة الجديدة في الحياة على ما يلي :

- رغبات ومطالب وتفضيلات لا تثقل على الفرد.
- تقبل للذات دون شروط ، وتقليل الأفكار السلبية والتي تحوي أفكار قهر النفس.
- اتجاهات غير ناقدة للآخرين (أو إلقاء اللوم المستمر علي الآخرين).
- تقبل للواقع الذي لا يمكن تغييره .
- المرونة والانفتاح علي التغيير والتفكير العلمي.
- التسامح مع الآخرين ،وتحمل سقطات البشر دون شكوى من إحباط.
- إرادة العمل لتحسين ظروف حياة الفرد لزيادة متعته الشخصية .
- الاعتراف بحقوق الآخرين .
- تنمية التوجيه والاستقلال الذاتي .
- تقبل المخاطر أو الرغبة في تجريب الأشياء الجديدة ، وحتى يمكن تحقيق هذه الفلسفة الجديدة للحياة حدد أليس Ellis (١٩٧٧) مجموعة من الفنيات

الإرشادية والعلاجية التي يستخدمها المرشد أو المعالج النفسي في تحقيق أهداف عملية الإرشاد ، وتنقسم هذه الفنيات إلى:

**أولا – فنيات معرفية Cognitive Techniques :**

حيث يستخدم من خلال النظرية الإرشاد العقلاني الانفعالي مجموعة كبيرة من الفنيات المعرفية وهي تساعد المسترشد على تغيير أفكاره اللاعقلانية واتجاهاته وفلسفته غير المنطقية إلى أفكار واتجاهات عقلانية جديدة ، وتبنى المسترشد فلسفة واضحة في الحياة تقوم على العقلانية والتخلص من الأفكار والاتجاهات غير المنطقية .

وتفنيد الاستنتاجات غير الواقعية، ووقف الأفكار والإيحاءات التي تساعد على التشتت المعرفي، وتوضح للفرد أنه من الأفضل أن يتخلى عن طلب الكمال Perfecticnism إذا أراد أن يعيش حياة سعيدة خالية من القلق، وكذلك تعلم المسترشد أن يفصل بين معتقداته العقلانية ( غير المطلقة ) ومعتقداته اللاعقلانية (المطلقة )، وكيف يتقبل الواقع ، حتى إذا كان واقعاً يتسم بالإحباط، ويدعو المسترشد إلي التفكير بأنه حتى لو أن الواقع مرير إلى أ قصى حد، فإن الأمر لن يكون كارثة كما يصوره لنفسه.

**ثانياً– فنيات انفعالية : Emotive Techniques :**

يستخدم المرشد من خلال نظرية العلاج العقلاني الانفعالي مجموعة الطرق الانفعالية وهي فنيات تتناول مشاعر المسترشد وأحاسيسه والمواقف الصادمة المثيرة، والخبرات الماضية المتعلقة بمشكلة المسترشد، وتستخدم للمساعدة في تغيير قيم المسترشد، ومن هذه الأساليب أسلوب التقبل غير المشروط، وأسلوب تمثيل الأدوار Rope Playing وكذلك أسلوب النمذجة Modeling وعبر عنها أليس Ellis بأنها فنيات العلاج الانفعالي الإظهاري Emotive-Evocative Therapy التي تتمثل في إظهار الحقائق والأكاذيب كي يستطيع المسترشد التمييز بينها

بوضوح، ولذلك نجد أن المرشد يستخدم لعب الأدوار، والنمذجة وأسلوب المرح وأسلوب مهاجمة الشعور بالخزي والدونية، وحث المسترشد وإنذاره وإقناعه بالتخلي عن هذه الأفكار اللاعقلانية، وتشجيعه على المخاطرة ، بالإضافة إلى قيام علاقة تتسم بالحب والتقدير والاحترام والألفة بين المرشد والمسترشد .

**ثالثا- الفنيات السلوكية Behavioristic Techniques:**

وهذه الفنيات ترتكز على العلاج العقلاني الانفعالي، هو نوع من العلاج السلوكي المعرفي، ومن ثم فهي فنيات تساعد المسترشد في التخلص من السلوك المختل وظيفياً Dysfunctional وحث المسترشد على تغيير وتعديل سلوكه وتعزيز السلوك التوافقي، ومساعدته على التغيير الجذري لأفكاره المعرفية عن ذاته وعن الآخرين والعالم، ويعبر عنها أليس Ellis بأنها فنيات العلاج العقلاني السلوكي Ratinoal Behavior Thrapy وهي كالتالي:

الواجبات المنزلية النشيطة مثل تشجيع المسترشد على مواجهة المواقف التي يخاف أو يخجل منها

- التحصين التدريجي.
- النشاط الموجه وضبط الذات.
- التدريب على تمارين الاسترخاء.
- أساليب الإشراط الإجرائي ثم التعزيز والعقاب.

هذا بالإضافة إلى استخدم فنيات كثيرة ومختلفة منها الدعاية المضادة والتفسير والتنفيذ ، والحث والإقناع ، والإيحاء والتعزيز والتدريب التوكيدي والمواجهة الشخصية والواجبات المنزلية ، والتدريب على المهارات ، والحث على ارتياد المخاطر والقيام بالأدوار والقراءة والطرق التي تبعث على السرور وتعلم المنطق وضبط الذات والقدوة والتحصين التدريجي والنشاط الموجه والاسترخاء والتخيل

العقلاني والاستبصار وتعلم أسلوب التفكير العلمي واستخدام الأساليب التربوية والمعرفية وربط الأحداث بالنتائج.

**إجراءات عملية الإرشاد:**

من خلال تعرفنا على فلسفة نظرية الإرشاد العقلاني فيما يتعلق بالاضطراب الانفعالي نستطيع التعرف على الإرشاد والعلاج، ولذا نجد أن أليس Ellis (١٩٧٧) حدد عددا من الإجراءات التي يستخدمها المرشد العقلاني الانفعالي في تحقيق أهداف عملية الإرشاد وإكمالها على أتم وجه، وهذه الإجراءات هي:

- أن يكون المعالج في العلاج العقلاني الانفعالي شخصا نشطا يتسم بقوة التأثير، ومن ثم يعمل على تقبل المسترشد وكسب ثقته وحسن معاملته حتى يتقبل عملية الإرشاد ويحرص على الاستمرار فيها.
- أن يستمع للأعراض التي يشكو منها المسترشد واستجاباته الشخصية، لهذه الأعراض في الماضي والحاضر وعلاقتها بما يقوم به من أعمال ، ومساعدة المسترشد على استحضار الحديث الداخلي وأفكاره اللاشعورية، لكي تصبح في حيز الفهم والإدراك بمعني أن يعطي الفرصة للمسترشد للتنفيس عن مشاعره.
- المرشد يعتمد في الإرشاد على التعليم النشط المباشر ويحاول أن يوضح أن ما يقوله المسترشد لنفسه داخليا وما يفكر فيه هو غير عقلاني ولا منطقي، وأن اضطرابه وقلقه سوف يستمر طالما استمرت هذه الأحاديث الداخلية اللاعقلانية ، ويمكن تغيير طريقة تفكيره والتخلص من هذه الأفكار والاتجاهات اللاعقلانية إذا تعلم أن يفكر بطريقة عقلانية فعالة.
- يقوم المرشد بدور الدعاية المضادة لهذه الأفكار اللاعقلانية والقيام بهجوم منسق على هذه الأفكار المدمرة للذات وذلك من خلال :

أ- القيام بدور الداعية المضاد الذي يناقض وينكر هذه الاعتقادات الخاطئة وينكر الآراء المولدة لقهر النفس .

ب- إقناع المسترشد وحثه على أن يمارس بعض الأنشطة والأعمال التي يخاف من ممارساتها، وهذا من شأنه يخدم كقوة مضادة للأفكار الخاطئة على هذه الأفكار والاعتقادات اللاعقلانية.

ج - أن يستخدم المرشد فنيات الإرشاد العقلاني المعرفية الانفعالية والسلوكية بما يناسب حالة كل عميل ويساعده علي أن يعيد النظر في أفكاره وأحاديثه الذاتية اللاعقلانية، ليتخلى المسترشد عن الأفكار اللاعقلانية وأن يبرهن كيف قادته هذه الأفكار غير المنطقية إلى السلوك المضطرب انفعاليا.

د- استخدام الأساليب التعليمية النشطة والموجهة لتعليم المسترشد كيف يفكر بطريقة عقلانية جديدة في الحياة حيث يؤدى إلى وقايته من الوقوع مرة أخرى في هذه الأفكار اللاعقلانية ، وعادة يكلف المرشد بواجبات منزلية حيث يطلب من المسترشد أن ينخرط في بعض الأنشطة الاجتماعية التي تساعده على بث الثقة بالنفس ( أليس،١٩٧٧) ( عبد الستار إبراهيم،١٨٠:١٩٨٣) .

ولذا نجد أن المعالج العقلاني الانفعالي يستخدم طريقة فلسفية موجهة – إقناعية نشطة مثل طلقات النار السريعة إذ يقوم بتعليم المسترشد نظرية العلاج العقلاني الخاصة بنشأة الاضطرابات النفسية وهو في معظم الحالات يحدد بسرعة عددا من الأفكار الأساسية اللاعقلانية التي تدفع المسترشد إلى سلوكه المضطرب والمرشد يتحدى المسترشد لأن يثبت صدق أفكاره، وكثيرا ما يقوم بتفسير ما يقوله المسترشد أو ما يأتي به من تصرفات دون أن يلقي بالا لمقاومة المسترشد، حيث يظهر له أنها أفكار بعيدة عن المنطق لا يمكن إثبات صدقها، وهو يحلل هذه الأفكار منطقيا ويظهر أنها أفكار مهملة، ويوضح بعنف وبقوة أن هذه الأفكار لا يمكن تطبيقها ، وأنها سوف تؤدي حتما إلى تجدد أعراض الاضطراب ، وكذلك يظهر سخافة هذه الأفكار أحيانا بأسلوب فكاهي، ويشرح له كيف يمكن استبدالها

بأفكار عقلانية، ويعلم المسترشد كيف يفكر عمليا في الحاضر وفي المستقبل بحيث يمكنه ملاحظة أي أفكار تالية لاعقلانية ونبذها منطقيا. ولا يركز أليس على أن يكون المرشد دافئا في علاقته مع المسترشد حتى يتعلم أنه يمكن مواصلة الحياة في هذا العالم بغير أن يكون محبوبا أو مقبولا من الغير، ولذا نجد أن الشروط الواجب توافرها في المرشد العقلاني الانفعالي هي كالتالي :

- أن العلاقة الإرشادية في هذه النظرية هي علاقة مدرس مع طالب ومن ثم يجب أن يكون المعالج لديه خلفية ثقافية واسعة تمكنه من مساعدة المسترشد وتعديل أفكاره ومشاعره.
- أن يتسم بالنشاط من الناحية اللفظية فهو يتكلم أكثر مما يصغي ويكون لديه القدرة على مواجهة المسترشد بأدلة عن تفكيره وسلوكه غير المنطقي.
- أن يعرف أن طريقته الإرشادية هي دائما تعليمية بالدرجة الأولى، حيث يتقلد المرشد دورا تعليميا إيجابيا يعيد من خلاله تعليم المسترشد، ويوضح الأساس غير المنطقي لما يعانيه من اضطرابات وكيف أن هذه الاضطرابات سوف تستمر طالما استمرت أحاديث الذات الداخلية موجودة .
- أن يكون لديه القدرة على الحوار والمناقشة والدحض والإقناع وتفسير كل ما يقوله المسترشد حيث يشرح له ديناميات الاضطراب الانفعالي.
- لا يقف دور المعالج على التعامل مع الأفكار غير المنطقية التي تولد الاضطراب وإنما يقوم بتعليم العميل أفكار تلك النظرية من خلال تكليفه ببعض القراءات في هذا الصدد .
- وكذلك ضرورة التحاور مع المريض بكل الطرق المنطقية من الحوار لكي نبين له الجانب الخاطئ في تفكيره مع دفعه مباشرة إلى استنتاج الطرق الصحيحة وتطبيقها .

o تقييم مشكلات العميل بما في ذلك الميكانيزمات الدفاعية التي يستعين بها ضد التغيير، والقدرة على التعاطف الوجداني معه ، والمعرفة بوسائل تناول العلاقات بين المعالج والعميل، وإرادة العمل النشط والموجه للعملاء وتحديد بنية الجلسة، والمرونة الكافية لتغيير الأسلوب ليناسب الموقف وأن يتسم المعالج بالمعرفة العريضة بالعلاج النفسي ، والمثابرة والاهتمام بمساعدة الآخرين والتحرر من التفكير البراجماتي، وأخيرا الخبرة الشخصية بالعلاج العقلاني الانفعالي والالتزام بأخلاقيات المهنة (لويس مليكة ١٩٩٠ : ٢١٢).

**ثالثاً: نظرية العلاج المعرفي السلوكي Cognitive-Behavior Therapy:**

العلاج المعرفي السلوكي يعتبر اتجاهاً علاجيًا حديثًا نسبيًا يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي بفنياته المتعددة والعلاج السلوكي بما يضمنه من فنيات، ويعتمد على التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد أو يتعامل معها معرفيًا وانفعاليًا وسلوكيًا، بحيث يستخدم العديد من الفنيات سواء من المنظور المعرفي أو الانفعالي أو السلوكي فهو من ناحية فينومولجي وسلوكي من ناحية أخرى؛ ففي الوقت الذي يركز فيه على معارف ومعتقدات الفرد كسبب في اضطراب الشخصية، فهو يستعين ببعض الفنيات السلوكية ليتعلم الفرد المهارات التي تساعده على تغيير معارفه وإدراكاته عن ذاته والعالم المحيط.

ولذا نجد أن العلاج المعرفي السلوكي هو أحد التيارات العلاجية الحديثة والتي تهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفي للاضطرابات النفسية ، ويهدف هذا الأسلوب من العلاج إلى إقناع المسترشد بأن معتقداته غير المنطقية وتوقعاته وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية هي التي تحدث ردود الأفعال الدالة على سوء التكييف ، ويهدف بذلك إلى تعديل إدراكات المسترشد المشوهة ويعمل على أن يحل محلها طرقاً أكثر ملاءمة .

وهذا الاتجاه الجديد قد أفسح المجال لظهور فنيات علاجية كثيرة ومتباينة ، فهناك الإرشاد العقلاني الانفعالي لـ" اليس" Ellis ، والتدريب التعليمي الذاتي

لـ "ميشنبوم " (Self-Instructional training) والإرشاد المعرفي " لبيك " ، والنمذجه المسترة Covert Modeling لـ " كيتيلا" Cautela والتدريب على مهارات المواجهة Coping Skilltraining لـ " جولدفريد" Goldfried والتدريب على إدارة القلق Anxiety management training لـ"سوين" Soinn، وأعظم المراحل أهمية في تطور الإرشاد المعرفي – السلوكي يمكن أن تنسب إلى أعمال بيك ( ١٩٦٧،١٩٧٦) وأفضل الوسائل العلاجية انتشاراً هي الإرشاد المعرفي لـ " بيك " والإرشاد العقلاني الانفعالي ( أليس) .Ellis, A، ولقد استخدم الإرشاد المعرفي – السلوكي بنجاح في علاج العديد من الحالات العصابية والمخاوف المرضية والاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب ، والقلق وضغوط الحياة والاضطرابات الجنسية والانسحاب الاجتماعي وإدمان الكحوليات. إلخ . Beck) .T.A., 1967,P.189)

ويشير لويس كامل مليكة (١٩٩٠) إلى أن ما ذكره جلاس وشيا Glass & Shea من أن الإرشاد المعرفي – السلوكي هو أحد التيارات العلاجية الحديثة ، والتي تهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفي للاضطرابات النفسية ، ويهدف هذا الأسلوب من الإرشاد إلى إقناع العميل أن معتقداته غير المنطقية وتوقعاته وأفكاره السلبية ،وعباراته الذاتية هي التي تحدث ردود الأفعال الدالة على سوء التكييف ، ويهدف بذلك إلى تعديل إدراكات المسترشد المشوهة ، ويعمل على مساعدة الفرد على استخدام طرق أكثر ملاءمة للتفكير، وذلك من أجل إحداث تغييرات معرفية وسلوكية وانفعالية لدى المسترشد .

ويرى أصحاب النظرية المعرفية Cognitive theory أن اكتساب السلوك من البيئة أكبر من أن يكون نتيجة ارتباط استجابات خاصة بمثيرات خاصة S-R مهما كانت قوة الإشراط، حيث يرى أن الأساليب السلوكية لها فاعلية ولكن ليس نتيجة الأسباب التي يفسرها المعالج السلوكي ولكن لأنها تؤدي إلى تغييرات اتجاهية أو معرفية لدى الفرد المضطرب نفسيًا ، فالإنسان عند تولمان Tolman والذي اشتق

علم النفس المعرفي أساساً من أعماله – له هدف وغرض ، والغرضية Purposive عنده تذهب إلى أبعد من التفسير الميكانيكي لاكتساب السلوك، وهو يقترب جدًّا من التعلم الإشاري Sign-Learning فالمثير عنده يعمل كإشارة ستحدث توقعاً ما على حد قوله النظرية المعرفية ، فإن أصحاب النظريات السلوكية لم يناقشوا ما يحدث بين المثيرات والاستجابات ، وهذا أشارت إليه النظرية المعرفية حيث أخذت في الاعتبار الجوانب المعرفية التي تثيرها الأحداث والمواقف لدى الفرد ، كالأفكار والتوقعات والمعتقدات،والتخيلات... إلخ.

**وقد ساعد على نمو مدرسة العلاج المعرفي السلوكي عوامل أهمها:**

- عدم قناعة العديد من علماء النفس بالتفسير السلوكي الكلاسيكي لدور التعلم في إحداث المرض النفسي أو في تشكيل الاستجابات الخاطئه مع إهمال المشاعر والأفكار.
- قيام عدد من علماء النفس العاملين في مجال العلاج والإرشاد النفسي بالتأصيل النظري لتلك النظرة مثال كيلي – بيك– اليس .
- إخضاع النظرية للتجريب ونجاح الممارسة العلاجية والإرشادية على يد علماء مثل ( روتر Rotter وماهوني Mahony وميكنيوم Meichenbaum ) .
- لعبت جهود علماء ومفكرين مثل بياجيه وغيره دورًا أساسيًّا في دراسة نمو التركيبات المعرفية عند الطفل وخاصة الارتباط بين النمو العقلي والنمو الخلقي.

بالإضافة إلى مساهمات كلي وبيك وأليس وميكلنيوم في تطور العلاج المعرفي السلوكي كان هناك أيضا أعمال أدت بشكل أو بآخر إلى الإسراع بتطور هذا النوع من العلاج، على سبيل المثال دور ارنولد Arnold 1960 ولازاروس Lazarrus1966 في التأكيد على أهمية الجانب المعرفي تغيير الانفعالات والسلوك ودور باندورا Bandura 1957 من خلال ( نظرية التعلم الاجتماعي ) في إبراز أهمية

الجانب المعرفي في تطور السلوكيات الجديدة وكذلك إسهامات " ماهوني " Mahoney في محاولته ، كما فعل " ميكنيوم " إضفاء صبغة معرفية على العلاج السلوكي من خلال ما كتبه حول التحكم المعرفي في السلوك . (Blackburn&Twaddle,1996.p2)

والإرشاد المعرفي السلوكي تم استحداثه من جانب " أرون بيك " ١٩٦٧ يستند إلى النظرية التي مؤداها أن الأمزجة النفسية، والمشاعر السالبة تكون نتاجاً لمعارف محرفة، ولا عقلانية؛ فالمريض يستحدث رأياً سلبياً عن نفسه، والعالم ، والماضي ، والحاضر والمستقبل . ويكون عقله مغموراً بمعارف سالبة وأفكار خاطئة، لأنها تحدث لا إراديًا دون محاولة وغالباً دون وعي منه ولأن الفرد المضطرب يكون غير واع بالكيفية غير المعقولة لتواتر هذه الأفكار السالبة ، فإنه يأخذها وفقاً للقيمة الظاهرية، ويصبح مضطرباً حتى أن يبدأ في أن يعزل نفسه ، وأن يفصل نفسه بعيداً عن أنشطته وعلاقاته المعتادة، وهذا يعني أن العلاج المعرفي يقوم على الفكرة القائلة بأن ما يفكر الناس فيه وما يقولونه حول أنفسهم وكذلك اتجاهاتهم وآرائهم إنما هي أمور هامة وذات صلة وثيقة لسلوكهم سواء كان سلوكاً توافقيًا أو غير توافقي (Beak,T.A., 1987,P.382) .

**والإرشاد المعرفي السلوكي عند" بيك " يتحدد بافتراضين محددين هما:**

**أولاً– العوامل المعرفية ( المعتقدات – التخيلات – الذكريات ... إلخ ):**

ترتبط بالسلوك المضطرب وظيفيًا Dysfunctional Behavior، وهذا يعني أن ردود الفعل التي يستجيب لها الفرد لكثير من المواقف تكون متسقة مما يوحي بأن هذه الاستجابات توجهها مجموعة من القواعد ، وهذه القواعد تشكل الأساس الذي تنطلق منه تفسيرات الفرد وتوقعاته وإرشاداته لنفسه، ومن ثم فهي تقدم له الإطار المرجعي لخبرات الحياة.

ثانياً– وتعديل هذه العوامل يرتبط ارتباطًا دالاً بحدوث أي تغير في السلوك كما يلي:

- o التشويهات المعرفية Cognitive Distortions تعكس وجهات نظر غير واقعية وسالبة عن الذات والعالم والمستقبل.
- o المعارف المختلفة وظيفيًا قد تبدو للعيان غير منطقية للآخرين ولكنها تعبر عن وجهات نظر الفرد المضطرب عن الواقع .
- o التحريفات المعرفية المزعجة يتم استثارتها غالباً عن طريق مواقف الحياة غير الملائمة ، بالإضافة إلى أنه قد تم الإبقاء عليها عن طريق الإدراك الثابت للقواعد المنظمة لسلوك الفرد.
- o القواعد هي الأساس المسئول عن انتظام وتصنيف ، وتقييم الخبرات الجديدة وذكريات الأحداث الماضية والحكم عليها.
- o القواعد غالباً ما تنمو مبكراً في الحياة ويتم تشكيلها عن طريق الخبرات الحياتية (Bellack & Harper, 1985 )

وتشير العديد من البحوث أن العلاج المعرفي السلوكي فعال في علاج اضطرابات الوسواس القهري سواء كانت المشكلة أفعالاً قسرية أو أفكاراً تقتحم ذهن المريض .

وفي مجال العلاج النفسي لاضطرابات الأكل أصبح من المألوف بناء على نتائج الدراسات في هذا المجال ، لدى المهتمين بعلاج هذه الاضطرابات الاستعانة بالعلاج المعرفي السلوكي ، وتفضيله في الكثير من الحالات على غيره من أنواع العلاج المتوفر للتعامل مع أنواع محددة من اضطراب الأكل مثال الشره العصبي Bulimia Nerves والأكل بشراهة Binge Eating لدى الذين يعانون السمنة أو فقد الشهية العصبي .

وتناول العلاج المعرفي السلوكي الاضطرابات النفسية بالدراسة والبحث، فهناك الدراسات العديدة التي أجريت باستخدام العلاج المعرفي السلوكي وأثبت فاعلية تناوله للفنيات المختلفة للاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب القلق حيث نال شهرة واسعة في استخدامه كعلاج مناسب للاكتئاب القلق العام وأيضاً في علاج اضطرابات الهلع .

ويعرف العلاج السلوكي المعرفي بأنه مدخل يتم من خلاله تحديد وتقييم وتتابع السلوك، ويركز هذا المدخل على تطور وتكيف السلوك ومن خلال هذا المدخل يتم تعديل العديد من المشكلات الإكلينيكية مثل القلق والاكتئاب والعدوان وغيرها من الاضطرابات النفسية، وذلك باستخدام أساليب متعددة من أهمها التحكم الذاتي ، التعبير عن الذات بطريقة لفظية ، وفنيات عديدة تساعد على إعادة البناء المعرفي مثل التدريب على التوجه الذاتي والإعادة التدريجية للبناء العقلي والعلاج المعرفي السلوكي الجماعي.

وهناك مبادئ خاصة بالعلاج المعرفي السلوكي وهي كالتالي:

- يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على صياغة مشكلة العميل التي يتم تطويرها وتنقيحها بصورة مستمرة ضمن إطار المنظور المعرفي، ويعتمد المعالج في صياغة مشكلة العميل على عوامل متعددة ، ومن ذلك تحديد الأفكار الحالية للفرد المضطرب هذه الأفكار التي تساهم في استمرار الوضع الانفعالي للمريض، والتعرف على السلوكيات غير المرغوب فيها (العزلة الاجتماعية ، مشاعر الدونية والخجل، والتردد) والسلوكيات التي تتفاعل مع الأفكار وتدعمها، ثم يحاول المرشد التعرف على العوامل الكامنة والتي أثرت على أفكار المريض عند ظهور الاضطراب ، وبعد ذلك يتعرف على الأسلوب المعرفي (معارف ومعتقدات الفرد) الذي يفسر من خلاله لفرد المواقف التي يتعرض لها مثلاً (عزو النجاح للحظ أو لوم النفس على الفشل) ثم يقوم المعالج بصياغة المشكلة .

- يتطلب العلاج المعرفي السلوكي وجود علاقة علاجية جديدة بين المعالج والعميل تجعل الفرد يثق في المعالج، ويتطلب ذلك من المعالج أن يبدي قدراً من التعاطف والاهتمام للمسترشد وكذلك الاحترام الصادق له وحسن الاستماع.

- يركز المعالج على الحاضر في معظم الحالات حيث يتم التركيز على المشكلات الحالية وعلى مواقف معينة التي تثير القلق لدى المريض، ومع ذلك فقد يتطلب الأمر الرجوع إلى الماضي في حالة

أ- رغبة العميل الشديدة في القيام بذلك .

ب- عدم حدوث تغير يذكر في الجوانب المعرفية والسلوكية الانفعالية .

ج- عندما يشعر المعالج بأن هناك حاجة لفهم الكيفية التي تطورت بها الأفكار غير الفعالة لدى العميل.

العلاج المعرفي السلوكي علاج تعليمي ، يهدف إلى جعل العميل معالجاً لنفسه، كما أنه يهتم كثيراً بتزويده بالمهارات اللازمة لمنع عودة المرض بعد التحسن.

- تدريب الفرد على المراقبة الذاتية للأفكار والتخيلات السلبية وإخراجها إلى حيز الشعور.

- يعلم المعالج المعرفي السلوكي العميل كيف يتعرف على الأفكار والاعتقادات غير الفعالة وكيف يقومها ويستجيب لها .

- التدريب المستمر من جانب المعالج للعميل لكي يتعرف على العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوكيات .

- يستخدم العلاج المعرفي السلوكي فنيات متعددة لإحداث تغيرات في التفكير والوجدان والسلوك، وذلك من خلال تعديل الاتجاهات السلبية باستخدام

إعادة البناء المعرفي والتي تتمثل في إحلال الأفكار الإيجابية محل الأفكار السلبية (J.Beck.1967).

**الأساليب العلاجية المعرفية:**

وسوف نتناول هنا بعض الأساليب العلاجية المعرفية ومنها:

**أ- التعديل السلوكي المعرفي Cognitive Behavior لميكينبوم Meichenbaum**

وهو اتجاه علاجي معرفي سلوكي يعكس التدعيم المتبادل بين المناهج المعرفية والسلوكية، تنشأ عن الخبرات التي عاشها ميكينبوم مع مرضى الفصام حيث لوحظ أن أحاديثهم الذاتية التلقائية التي تتسم بالانهزامية والسلبية ذات أثر بالغ في حالاتهم المرضية ، مما دفعه إلى التفكير في تدريبهم على تنمية نوع من الحديث " الإيجابي " للذات ، افترض ميكينبوم أن هذا التدريب سوف يؤدي إلى تغيير سلوكهم والتخفيف من الضغوط النفسية التي يعانون منها .

وقد نجح ميكينبوم في تعديل مجموعة كبيرة من سلوكيات الأطفال الذين يعانون من بعض الاضطرابات الانفعالية مثل الاندفاعية والنشاط الزائد والعدوانية ، وفي تدريب بعض مرضى الفصام ، وذلك باستخدام طريقته في إعادة البناء المعرفي وهي التدريب على التعليمات الذاتية Self-Instruction حيث تقوم فكرة الأحاديث الذاتية أو التعليمات الذاتية على فرض مؤداه أن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد باقي الأشياء التي يفعلونها.

ويشير ميكينبوم إلى أن التعديل الذي يطرأ على الحديث الذاتي من شأنه أن يغير البناء المعرفي للفرد، ويعرف ميكينبوم البنية المعرفية أنها الجانب التنظيمي من التفكير والذي يبدو أنه يراقب ويوجه وينظم إستراتيجية ومسار واختيار الأفكار، فهو بمثابة "مشغل تنفيذي" Executive Processor يمسك بمخطط التفكير ويحدد وقت مقاطعة أو تعديل أو استمرار الفكرة. (محروس الشناوي، ١٩٩٤ : ١٢٤،١٢٥).

وتشمل عملية العلاج وتعديل الحديث الذاتي السلبي لدى ميكينيوم على مراحل ثلاث هي :

أ- الملاحظة الذاتية : حيث يعمل المعالج على مساعدة المسترشد على الوعي والانتباه لأفكاره ومشاعره وردود الفعل الفسيولوجية لديه وما يتصل بعلاقته الشخصية من سلوكيات ، وعلى تحديد ما لديه من أحاديث ذاتية سلبية أو تخيلات غير مناسبة.

ب- توليد سلوكيات جديدة: تتنافر مع السلوكيات القديمة : ويدرك المسترشد خلال هذه المرحلة أن ما يردده مع نفسه من أحاديث ذاتية يجب أن تعمل على توليد سلوكيات جديدة تتنافر مع سلوكياته غير التوافقية المراد تغييرها، ويتضمن هذا الحديث الإيجابي التعليمات الذاتية التي تقود إلى الأداء الصحيح لمهمة معينة ، والعبارات والأقوال الذاتية التي تؤكد كفاءة الذات وتعارض الانشغال بالفشل ، ثم والتعزيز الذاتي الضمني للأداء الناجح والسلوك السوي.

ج- تطوير الجوانب المعرفية المتصلة بالتغيير: وتتضمن هذه المرحلة قيام المسترشد بسلوكيات المواجهة والأحاديث الذاتية بصفة يومية وخلال أنشطة الحياة المختلفة، ويلاحظ المسترشد ردود فعله المختلفة وسلوكياته المكتسبة الجديدة ويعمل على تنميتها وتأكيدها، ( عادل عبد الله محمد ، ٢٠٠٠ :٧٦).

**٢- الحوار الذاتي Monologue Technique :**

قدم هذه الطريقة ميكينبوم Meichenbeaum أيضاً، والتي تسمى بالتحصين التدريجي ضد الضغوط النفسية، وتستخدم من خلالها تعليمات تتمثل في الحديث الذاتي، وتقوم فكرة الأحاديث الذاتية على فرض مؤداه أن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد الأشياء التي يفعلونها، ومن ثم نجد أن الفرد يسلك بحسب ما يفكر؛ ولذا نجد أن دور المعالج هو تدريب الفرد لتعديل مستوى أفكاره التي تثير القلق والاكتئاب وعدم الثقة بالنفس، وذلك بناء على أن حديث المرء مع نفسه

وما يحويه من انطباعات وتوقعات عن المواقف التي تواجهه هو السبب في تفاعله المضطرب ، ولهذا يعتمد العلاج هنا على محاولة تحديد مضمون هذا الحديث والعمل على تعديله كخطوة أساسية لمساعدة الفرد في التغلب على اضطرابه خاصة في المواقف التي تثير القلق على أن يعمل هرم تدريجي للمواقف التي تثير قلق العميل. ويبدأ بالمواقف الأقل إثارة للتوتر والقلق ثم يلي ذلك المواقف الأكثر إثارة للقلق .

**٣- التعريض Exposure Technique :**

هو مكون رئيسي في العلاج المعرفي السلوكي إضراب القلق حيث يتضمن تعريض الفرد للمواقف التي تسبب له القلق، ولقد وجد المتخصصون في هذا المجال أن التعريض المستمر للمواقف التي تسبب له القلق ، ينتج عنها تشتت استجابة القلق، وتختلف طريقة التعرض من حيث مكان أو أسلوب المواجهة كالتالي:

***أولاً – التعرض الميداني والتعرض التخيلي :***

يتم تصور الموقف التخيلي بدلاً من المواجهة الواقعية ، حتى يتم التعود عليه وإضعاف القلق ، وفي حالة استخدام التعرض الميداني والتعرض التخيلي في الجلسات العلاجية ، يفضل البدء بالتعرض التخيلي لمثيرات القلق للموقف ثم التعرض الميداني.

***ثانياً- من حيث أسلوب المواجهة:***

وهنا نجد أن التعريض دفعة واحدة حيث يتم مواجهة المثير دفعة واحدة بدون تدرج أو التعريض المتدرج حيث يتم تعريض الفرد للمثيرات التي تسبب القلق على مراحل متدرجة من حيث الشدة .

٤ – فنية المراقبة الذاتية Self – Monitoring : .

ويقصد بها قيام المسترشد بملاحظة وتسجيل ما يقوم به في نماذج معدة، وفقاً لصيغة المشكلة وهي تستخدم لتشخيص المشكلة، ومتابعة العلاج والهدف الأساسي لها هو التركيز على زيادة القدرة على ضبط النفس من خلال مراقبة الذات وتقييمها وتعزيزها ، وهي تعتبر من فنيات التحكم في الذات حيث تهدف إلى تدريب الفرد على التعرف على الإدراكات غير التوافقية وطرق التحكم في القلق من خلال مراقبة الذات وتسجيل الأفكار والمشاعر والسلوكيات ثم تقييم الذات Self – evaluation، وهي تعتبر من الخطوات الهامة للتعامل مع الأفراد ذوي القلق المرتفع؛ لأنها تساعد الفرد على أن يكون موضوعياً مع نفسه مما يساعد على تحديد المشكلة بأسلوب علمي ، واستخدام تلك المعلومات كأساس للتعايش ومن ثم تتزايد السلوكيات المرغوب فيها وتتناقص السلوكيات غير المرغوب فيها . (Eisen & Keamey 1995:153).

ويستحسن أن يبدأ المعالج في استخدام المراقبة الذاتية مبكراً في الجلسات ، لكي يتمكن من التعرف على مشكلة المسترشد، وأيضاً لمتابعة العملية العلاجية حيث إنها تؤدي إلى انخفاض معدل تكرار السلوكيات غير المرغوب فيها .

**٥ – تحديد الأفكار التلقائية وتصحيحها :**

يعتقد أرون بيك (٢٠٠٠) أن الفرد قد يكون غير مدرك تماماً للأفكار التلقائية التي تؤثر على سلوكه غير أنه بشيء من التدريب يكون بإمكانه إدراك هذه الأفكار والتعرف عليها من خلال فنية تحديد الأفكار التلقائية وتصحيحها، حيث يطلب المعالج من الفرد المضطرب، أن يركز على تلك الأفكار التي تسبب له توتراً لا مبرر له أو تدفعه إلى سلوك سلبي انهزامي ، وتلك الأفكار تزداد قوة بزيادة شدة الاضطراب، ففي الاضطرابات النفسية الشديدة مثل الاكتئاب، تكون تلك الأفكار واضحة، أما في حالات الاضطرابات الخفيفة مثل الشعور بالقلق من الأماكن التي تضايقهم وتزعجهم فقد تختفي هذه الأفكار التلقائية ، ولكن بشيء من التركيز

يستطيع الفرد أن يظهرها ويتعرف عليها، وهناك بعض الفنيات التي تساعد المضطربين على تحديد أفكارهم التلقائية السلبية ومن أهمها:

**أ- مناقشة الخبرات الانفعالية :** حيث يطلب من الفرد المضطرب تذكر آخر موقف مرتبط بالحالة الانفعالية على أن يتذكرها جيداً ويصفها بشيء من التفصيل، مع محاولة تذكر الأفكار المرتبطة بظهور واستمرار رد الفعل الانفعالي ( ضيق – غضب – حزن).

**ب- استخدام التخيل لإعادة الخبرة الانفعالية (عن طريق لعب الدور):** حيث يطلب المعالج من الفرد المضطرب تخيل الموقف وتمثيله، ثم استخدام الأسئلة البسيطة المباشرة من جانب المعالج لإثارة الأفكار التلقائية .

**٦- فنية التخيل Imagine Technique :**

يطلب المعالج من الفرد المضطرب تخيل المواقف التي تبعث على الخوف والقلق لديه وذلك على عكس تقليل الحساسية التدريجي والذي يشتمل على الانتقال بالفرد تدريجيًا من الموقف الأقل إثارة إلى الموقف الأكثر إثارة لكن في هذه الفنية يبدأ المعالج بالموقف الذي يبعث على الحد الأقصى من الإثارة والتوتر والقلق وذلك بهدف توضيح العلاقة بين التفكير والانفعالات .

**٧- لعب الدور Role Play :**

وفيه يعبر الفرد عن اتجاه جديد أو أفكار عقلانية مناسبة وعليه فإن الاتجاه الجديد سوف يتحول غالباً إلى خاصية دائمة مما يساعد على الدخول في المواقف الجديدة بثقة أكبر، بالإضافة إلى المشاعر الإيجابية التي تسيطر عليه بعد أن يتقن تمثيل الدور بطريقة انفعالية وسلوكية مناسبة ، كما أن أداء الدور يساعد الفرد على تعلم المهارات الاجتماعية المناسبة للدور ( عبد الستار إبراهيم وآخرون ١٩٩٣:١٣٢) .(Walden, et al. 1981 : 216)

٨ – الواجبات المنزلية:

تلعب الواجبات المنزلية دوراً هاماً في كل العلاجات النفسية ولها دور خاص في زيادة فاعلية العلاج المعرفي وتتمثل هذه الفنية في تحديد مجموعة من السلوكيات والمهارات التي يتعين أداؤها من قبل المسترشد سواء في المنزل أو المدرسة، ويتم تحديدها في نهاية كل جلسة وأن تتم بصور تدريجية، ومن السهل البسيط للسلوك المركب على أنه لا يتم الانتقال من نمط سلوكي معين إلى الآخر حتى يتم التأكد من نجاح تنفيذ الخطوات السابقة.

**التدريب التحصيني ضد الضغوط Stress-Inoculation Training :**

وهي ما يطلق عليه مهارات المواجهة Coping Skills لكي يستطيع الفرد مقاومة المثيرات والمواقف والأحداث الحياتية المتباينة، وبناء على ذلك فإن التدريب التحصيني للضغوط وسيلة تساعد الأفراد على الدفاع ضد المواقف الضاغطة كما تزيد مقاومتهم لتلك المواقف من خلال التعرض لمثيرات قوية متباينة وتستخدم خلالها تعليمات في الحديث الذاتي.

**وتشتمل طريقة التدريب على التحصين ضد الضغوط على ثلاث مراحل:**

**مرحلة التعليم :** يحاول المعالج تكوين علاقة دافئة ودية تعاونية مع المريض ثم يبدأ في تطوير برنامج تفسيري لفهم طبيعة الضغوط وردود الفعل الناجمة من التعرض لها. وتتضمن هذه المرحلة تقديم بعض المعلومات حول مفهوم الضغوط ، والآثار المترتبة على الصحة النفسية للفرد، وتهدف هذه المرحلة إلى مساعدة المسترشد على تحديد مصادر الأحداث الضاغطة في حياته.

كذلك وتشمل مناقشة المسترشد تحديد مشاعره وأفكاره عندما يواجه الموقف الضاغط والاستجابات الفسيولوجية والسلوكية المصاحبة لذلك الموقف، ويشير ميكينبوم إلى أن التصور العقلي الجديد الذي يكتسبه المسترشد يساعد كثيرا في اكتساب المهارات المعرفية والسلوكية التي تلي هذه المواقف.

مرحلة اكتساب المهارات **Skills Acquisition Phase:**

يتم تزويد العميل من خلال هذه المرحلة بأساليب المواجهة والتي تتضمن المهارات المباشرة والمهارات المعرفية مثل التدريب على الاسترخاء واكتساب مهارات حل المشكلات ومهارات توكيد الذات، واستراتيجيات تشتيت الانتباه ، ويعد التدريب على الاسترخاء أكثرها شيوعاً وفائدة في مقاومة الضغوط ، والتخلص من القلق والتوتر. أما المهارات المعرفية فتعني بتقييم أثر الحوار الداخلي السلبي، والوعي بالعبارات القاهرة للذات، والتدريب على تعديل الحوار الذاتي واستخدام تعليمات ذاتية إيجابية بهدف توليد سلسلة سلوكية جديدة ملائمة للمواقف الضاغطة ، ومواجهة الضغوط بشكل أكثر فاعلية. ويؤكد ميكينبوم على أهمية تدريب العميل على طرق إعاقة الموقف الضاغط كلية؛ بمعنى طرق الهروب منه أو البحث عن الحلول البديلة لتجنب هذا الموقف، ويعد هذا الإجراء ضروريا حيث تمثل هذه الطرق بعض مهارات التوافق والتغلب على الضغوط.

ويكتسب العميل في هذه المرحلة أساليب المواجهة المختلفة ويجربها وذلك لتمكينه من اختيار المهارات الأكثر نفعا له في هذه المواقف الضاغطة لتعديل الحديث الذاتي السلبي وتكوين عبارات المواجهة الإيجابية للموقف الضاغط، ويتكون من أربع مراحل :

- الإعداد للضاغط (توقعه / انتظاره).
- مواجهة الموقف الضاغط والتعامل معه.
- التعامل مع القلق واللحظات الحرجة في الموقف (مرحلة بدء التحرر والتغلب على الخوف).
- الإثابة الذاتية (تعزيز المرء لنفسه وتشجيعه لها لأنه واجه الموقف الضاغط وتغلب على التوتر والقلق).

مرحلة تطبيق المهارات المكتسبة:

حيث تمارس المهارات المكتسبة في أفعال وأداءات عملية للتعامل مع الضغوط، حيث يقوم المعالج باستدعاء بعض المواقف الضاغطة لزيادة قلق المسترشد ثم يتدرب المسترشد بمساعدة المعالج على استخدام المهارات المكتسبة في التعامل مع تلك المواقف. ويؤكد ميكينبوم أن هذا التدريب على مواجهة الضغوط فعالا حيث يوفر للعميل فرصة لمواجهة مواقف افتراضية ضاغطة، وتعلم السيطرة عليها في جو آمن بدون تهديد حقيقي. ويعمد المعالج في هذه المرحلة على تعريض المسترشد لسلسلة من الضغوط المهددة للأنا والمسببة للألم على اعتبار أن المسترشد قد أصبح ماهرا في استخدام أساليب المواجهة وعليه استخدامها بشكل فعلي، في المواقف الحياتية ( Meichenbaum and Deffenbacker, 1988 ).

## رابعاً: الإرشاد الأسري Family Counseling:

يؤكد المتخصصون في مجال الإرشاد النفسي أن العوامل الأسرية المضطربة، والخلل الوظيفي المتمثل في العلاقات الأسرية المضطربة وعدم القدرة على حل المشكلات البينشخصية بين الأفراد، والصراعات بين الأفراد داخل الأسرة تؤثر في حدوث القلق والاكتئاب لدى الأبناء (1993). Pool , E,Marchsano,D كذلك ضعف البناء الشخصي المتمثل في العلاقات بين الأشخاص أيضا تعتبر من العوامل الهامة لحدوث هذه الاضطرابات لدى الأبناء.

ويعبر هذا الاتجاه على أنه يجب التحول من الأسلوب ذي التوجه للعلاج الفردي إلى نظرية التوجه النسقي لعلاج الأسرة لأنه بمثابة شيء متكامل وعميق ، فالعلاج النفسي الفردي يمكن الفرد من رؤيته لذاته فقط وليس للمحيط الأوسع الذي ينتمي إليه الفرد ، حيث أظهرت تلك النظريات التي تهتم بإرشاد وعلاج الأسرة، وأن الأسرة تعمل بوصفها نسقا متكاملا ومتوازنا للتفاعلات بين أعضائها، وأي اضطراب في هذا النسق يخل بالتوازن القائم، وأن الأسرة مسئولة

بالدرجة الأولى عن الاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية التي تظهر لدى أبنائها لأن هذه المشكلات والاضطرابات النفسية إنما ترجع إلي التفاعلات المضطربة داخل النسق الأسري.(Lonescu,A.1986:33) .

ولذا يعتبر الإرشاد الأسرى اتجاها من الاتجاهات العلاجية الحديثة في العلاج النفسي ، حيث يهدف إلى تغيير في عناصر النسق الأسرى ، وتعديل في سلوكيات أعضاء الأسرة بهدف إحداث تغيير في العلاقات الأسرية ، وينظر إلي الإرشاد الأسري على أنه : أسلوب يقوم على أساس من الاعتقاد بأن الأعراض لدى الشخص هي غالبا تعبير عن مشكلات في العلاقات بين أفراد الأسرة الواحدة ، ومادامت الوحدة الأسرية هي التي ينبغي علاجها لا الفرد وحده، نجد أن المعالج لا يلتقي إلا بأفراد الأسرة مجتمعين، وموضوع الحديث لا يكون أبدا ماذا أصاب هذا الفرد؟ وإنما ماذا أصاب العلاقات بين الأفراد ؟ وحين تجتمع الأسرة في العلاج النفسي يتمكن المعالج بسرعة من أن يتعرف على الأنماط المضطربة من التفاعل ليناقشها ويعدلها أو يغيرها (ريتشارد م. سوين،١٩٧٩ :٢٦١).

وعلى الرغم من أن البعض يفرق بين مفهومي الإرشاد النفسي والعلاج النفسي إلا أن جمهور العلماء والباحثين يرون أنهما مترادفان، ولا توجد بينهما فروق سواء من حيث الجانب النظري أو التطبيقات العلمية، حيث يرى باترسون Patterson (1983 ) أن تعاريف الإرشاد في كثير من الحالات يمكن قبولها علي أنها تعاريف العلاج النفسي ، ولقد أوضح أنه لا توجد فروق جوهرية بين الإرشاد والعلاج النفسي سواء في طبيعة العلاقة أو في العملية أو في الطرق والأساليب الفنية أو حتى في أنواع العملاء ، إلا أن الإرشاد يعمل مع أفراد أقل خطورة في اضطرابهم وفي بيئة غير طبية ، أما العلاج النفسي فيشير إلى العمل مع حالات أكثر شدة في الاضطراب وعادة ما يتم في بيئة طبية .

وكذلك يرى البعض أن هناك فروقا طفيفة، وذلك بناء على أن الإرشاد غالبا ما يشير إلى العمل مع الحالات الأقل اضطرابا، أي الاهتمام بالجوانب الصحية

للسلوك والوقاية من المشكلات الانفعالية ، وتبصير الفرد بإمكاناته وقدراته حتى يمكن مساعدته على استخدامها بشكل أفضل، أما العلاج النفسي، فيكون مع الحالات الأكثر اضطرابا، فقد حدد حامد زهران (١٩٨٠: ٢٥) أن الفرق بين الإرشاد النفسي والعلاج النفسي فرق في الدرجة وليس في النوع وفرق في العميل وليس في العملية، وهذا يعني أن عملية الإرشاد النفسي وعملية العلاج النفسي خطواتها واحدة،ولكن بالنسبة للعميل في الإرشاد النفسي يكون أكثر استبصارا ويتحمل أكبر قدر من المسئولية من المريض في العلاج النفسي. وهناك العديد من التعريفات التي تناولت مفهوم الإرشاد الأسري، ويعتبر wolman (1973) الإرشاد الأسرى بأنه هو الإرشاد الذي يتم داخل الأسرة وفيه تلتقي الأسرة مع المرشد لمناقشة أفراد الأسرة من حيث علاقتهم ، تفاعلاتهم مع بعضهم البعض.

كذلك يعرف (Corsin & Robert 1996) الإرشاد الأسري بأنه محاولة تنظيم النسق الأسرى، وذلك باعتبار أن المشكلات الأسرية ما هي إلا نتيجة لتفاعلات أسرية خاطئة، فالفرد المضطرب هو عبارة عن حالة داخل نسق أسري مضطرب يحتاج إلى مساعدة وإرشاد الأنساق الفرعية له، فالمشكلة هي النسق الأسري ذاته وليس الفرد ، وفي موسوعة علم النفس يعرف (Sutherland 1996) الإرشاد الأسرى بأنه الإرشاد الذي يتناول الأسرة كجماعة بغرض تحسين فهم أفراد الجماعة لأنفسهم ومساعدتهم على التفاعل السليم فيما بينهم.

ويؤكد (Diamond & Howard 1999: 6) أن الإرشاد الأسرى هو أسلوب يتم فيه التركيز على الأسرة والانتقال من الاهتمام بالمنازعات حول السلوكيات اليومية إلى التركيز على العلاقة بين أعضاء الأسرة ، وذلك بهدف احتواء الحوار وخلق جو اجتماعي أسري جديد.

ويعرف الإرشاد الأسري في مجال التربية الخاصة بأنها علاقة بين إخصائي مدرب ووالدي الأطفال غير العاديين، ممن يسعون إلى الوصول إلى فهم أفضل

لمشاكلهم ومشاعرهم ، فهي عملية تعليمية تساعدهم علي اكتساب الاتجاهات والمهارات الضرورية ، وتطويرها إلي حلول مرضية لمشاكلهم.

لقد ظهرت مجموعة من النماذج والنظريات التي تهتم بالإرشاد الأسري ولكن على الرغم من تعدد تلك النظريات إلا أن المؤلفة سوف تقتصر على تناول بعض النظريات ومنها :

## الإرشاد الأسرى متعدد الأجيال:

**Bowen Trans generational Family**

تنسب هذه النظريات إلى ميرى بوين Murry Bowen الذي يعد من أعلام وجهة النظر النسقية من خلال نظريته التي أطلق عليها نظرية الأجيال الثلاثة Three Generations Theory حيث إنه يرجع اضطراب الأبناء في الأسرة لاضطراب الوالدين ،أو وجود بعض الاضطرابات لدى الآباء، وجوهر هذه النظرية هو عمليات الانتقال لأجيال متعددة من حيث اضطراب العلاقات الأسرية، ولذا نجد أن المرشد النفسي من خلال هذه النظرية يركز في عملية الإرشاد على شمول تراث المشاعر والعواطف الأسرية السابقة (الجيل السابق) والتي كانت متواجدة من قبل وتركت أثرها على الأسرة الحالية، وكذلك طرق الاتصال مع شبكة الأسرة الممتدة والتفاعلات والعلاقات والتدعيم،أي أنه يهتم برؤية الأسرة النووية من خلال طبيعة علاقاتها وتفاعلاتها مع الأسرة الأصلية. (Edlestien , k 1993: 95) .

والهدف الأساسي لهذه النظرية هو تحقيق التمايز الذاتي لكل فرد من أفراد الأسرة، وهو شرط ضروري للصحة النفسية ، وتمثل عملية التمايز القدرة على تحديد هوية الفرد بعيداً عن أسرته ليدمج الجوانب المتعارضة للذات، وليسمح بالصراعات النفسية أن تحدث بين قلقه من المستقبل أو الاعتمادية والرغبة في التمايز، أما الهدف الثاني لهذه النظرية فهو خفض الشحنات الانفعالية المرتبطة بسلوك الفرد، ومساعدة أفراد الأسرة على أن يفكروا بطريقة مباشرة وعدم تشويه الأفكار التي

تظهر في التواصل بين أعضاء الأسرة، وما يصاحبها من انفعالات (Milkloize,D,1994:475).

**نظرية الإرشاد الأسرى البنائي : Structural FamilyCounseling :**

ترجع هذه النظرية إلي بداية الستينيات من القرن العشرين مع أبحاث العالم مينوشن Minuchin ، وتعرف هذه النظرية البنائية للإرشاد الأسري، وذلك لأنها تبحث عن تغيير الأبنية أي الاتحادات والانشقاقات داخل الأسرة، حيث يهتم بالتركيز على الحدود بين الأنظمة الفرعية داخل الأسرة خاصة بين الوالد والابن ( محمد محروس الشناوي ١٩٩٤ :٤٣٣ ) .

ومن ثم فالنظرية البنائية تنظر إلى الفرد المضطرب على أنه بمثابة مؤشر لوجود خلل في النسق الأسري ، ولإحداث التغيير لدى هذا الفرد ينظر أولاً إلى عمل التغيير المناسب في بناء الأسرة وما يتضمنه أنساق ، لأن الاضطراب يعني مؤشرا لبناء أسري يعانى من خلل معين يستدعي التدخل لتغيير بناء تلك الأنساق.

ومن أهداف التوجه الأسري البنائي العمل على زيادة التفاعل بين أفراد الأسرة عن طريق فك الحدود الجامدة بين أعضاء النسق الأسري ، والعمل على خلق بناء هرمي يتحمل الوالدين فيه مسئولية أبنائهم مع إتاحة الفرصة لهؤلاء الأبناء للتعبير عن آرائهم ، وكذلك تحسين الأداء الوظيفي الأسري عن طريق إحداث تغيير في بناء النسق الأسري، وتغيير النماذج التفاعلية والحاكمة للقواعد. (Corey,1996:7).

ولهذا يرى (Minuchin 1974) أنه على المرشد النفسي من خلال هذه النظرية أن يشكل علاقة إرشادية فعالة من أجل خفض الصراع، والضغوط النفسية لدى جميع أفراد الأسرة ، وتعليمهم طرقا جديدة للتغلب على المشاكل مما يؤدى إلى تحرير حامل العرض (الطفل المضطرب) من أعراضه.

وبذلك نرى أن الهدف الأساسي هو إعادة بناء النسق الأسرى من خلال تغيير تنظيم الأسرة وتغيير وظائفها ، حيث يعتبر ذلك السبيل الوحيد لتنمية قدرة

الأسرة علي مواجهة مشكلاتها ، ولكي يتحقق ذلك يجب أن تكون التدخلات مباشرة وعملية وموجهه بالفعل (علاء الدين كفافي،١٩٩٩: ٢٨٦) .

كما يرى (Hurlok,B1978 : 39) أنه لكي يتحقق التوازن الأسري يجب أن تكون مترابطة ولديها نماذج اتصال جيدة ، وأن يتفهم كل فرد فيها الآخر وأن تكون قادرة على التعامل مع الأزمات بالأساليب الإيجابية المناسبة .

**دور المعالج وفقاً لنظرية البنائية:**

إن الأداء الأسري الذي يتسم بالكفاءة يشجع نوعاً من الاستقلالية الملائمة ارتقائيا (الفردية Individuation) ، وكذلك نوعاً من الارتباط الملائم ارتقائيًا (الإحساس بالانتماء) لكل أعضاء الأسرة.

أما إذا كان الأداء داخل النسق الأسري غير فعال فعلى المعالج أن يتدخل لتغيير هذا البناء،حيث يقوم المعالج الأسري البنائي بمنح أعضاء الأسرة فرصاً للتفاعل والحوار حتى يمكن ملاحظتهم ، وفرصة ملاحظة تفاعلات الأسرة من قبل المعالج للوصول إلى افتراضات معينة حول بناء الأسرة، والقواعد التي تحكم العلاقات فيها، وذلك لكي يحدد الأنماط المرضية المتكررة فيتناولها المعالج مستخدماً الاستراتيجيات حتى يتمكن من تغيير القواعد التي تحكم التفاعلات فيها وإعادة بناء الأسرة .

والمعالج الأسري وفقاً لهذه النظرية يعمل مع الأسرة التي يكون لديها خطوط إرشادية لتحديد كيف ، ومتى ، وأين ، وماذا عن التدخل العلاجي للعمليات الأسرية الموجودة، فالمعالج يخطط في عقله بناء الأسرة ويحدد البناء الذي يرتبط بنماذج إساءة الوظائف ، ومنها عمل مواقف هرمية جديدة للآباء لتغيير ووضع حدود واضحة وطرق مناسبة للتفاعل ثم إعادة بناء وترتيب النسق الأسري من خلال اختيار الفنيات المناسبة حيث يمتلك المعالج طرقاً وفنيات مختلفة مثل فنية إعادة التشكيل ومن خلالها يساعد الأسرة أن ترى مشكلتها بإدراك مختلف فمثلاً لو

أساء الطفل السلوك فإننا نسمي سلوكه ( عناد– إنه لم يسمع الكلام ) بدلاً من تسميتهأن الطفل يحاول أن يثبت ذاته بالتحاور والمناقشة (Hurlock,Elizabth, 1978:391) .

**مع العلم أنه يجب على المعالج أن يضع في اعتباره بعض النقاط مثل:**

**أولاً–** أن يوجد تآلف والدي قوي، وأن يدعم سلطة النسق الفرعي الوالدي على الأنساق الفرعية للطفل.

**ثانياً–** أن يقوي الحدود ويشجع التفرد إذا كانت الأسرة مرتبكة أو متشابكة .

**ثالثاً–** التركيز على التواصل المباشر بين أعضاء الأسرة ويشجع الارتباط العاطفي إذا كانت الأسرة تعاني من التفكك والانفصال.

**مراحل العملية العلاجية:**

**المرحلة الأولى :** إتاحة الفرصة لأفراد الأسرة للتفاعل ووضعهم في مواقف ليحدث بينهم تفاعلات ومناقشة وحوار ، ومن خلال ذلك يمكن للمعالج أن يقوم بالتشخيص؛ لأنه يحدد طبيعة هذه الأسرة والقواعد التي تحكمها ، ويحدد موضع الخلل الذي يوجد في بناء هذه الأسرة، وكذلك تحديد العمليات المرضية الموجودة في الأسرة.

**المرحلة الثانية :** ويستخدم المعالج فنياته وأساليبه واستراتيجياته التي تمكنه من إزالة الاضطراب والعناصر المرضية ، ثم يضع مع الأسرة قواعد جديدة تحكم التفاعلات الأسرية، وبذلك يتغير سلوك الأسرة، ويتمكن المعالج من إعادة البناء الأسري .

ومن الملاحظ أن دور المعالج الأسري هو دور إيجابي فعال، فهو يعطي توجيهات مباشرة لدفع الأسرة إلى ممارسة أنماط جديدة من التفاعل، وهو ملاحظ

لتفاعلات الأسرة، ومدعم ومعزز لأفراد الأسرة على تطبيق القواعد الجديدة، ويختلق مواقف تفاعلية معينة لتسهل حدوث تفاعلا بين أفراد الأسرة.

والعلاج البنائي قصير المدى ، وربما يبدأ المعالج عمله مع الأسرة ككل في مقابلة كل أفراد الأسرة ، وفيما بعد قد يعقد جلسات فرعية موازية أو متتالية لحسم أو حل بعض المشكلات الفرعية التي تخص مجموعة فرعية، وبعدها يعود المعالج إلى الجلسات الشاملة .

**ولذا يحدد منوشن دور المعالج الأسري البنائي في نقطتين وهما:**

- تحليل نماذج التفاعل .
- جعل أفراد الأسرة يتخلون عن ردود أفعالهم الآلية ومساعدتهم اكتشاف فرديتهم واستقلاليتهم وقوتهم ليتحملوا مسئولية التغيير (علاء الدين كفافي ، ٣٨٦:١٩٩٩).

**نظرية التواصل والإرشاد الأسرى المشترك Joint Family Counseling :**

رائدة هذه النظرية هي فرجينيا ساتير(Satir,V. 1983) في الإرشاد الأسرى حيث تؤكد في نموذجها لعملية الإرشاد الأسري المشترك على التواصل، ولذا اهتمت بالتركيز على أهمية عملية التواصل داخل النسق الأسري، فهي ترى أن إساءة الوظائف الأسرية ما هي إلا أعراض للأسرة المضطربة ، حيث يبدو ذلك في شكل الرسائل اللفظية أثناء التفاعل والتواصل في النسق الأسري ، ومن ثم فهي تعتقد أن أهداف هذه النظرية تتبلور في أن يكون التواصل واضحا بين أعضاء النسق الأسري ، وأن النمو الأسري يحدث عن طريق المشاركة في الخبرات على شرط أن تكون القواعد الأسرية تتسم بالمرونة والإنسانية والنسق الأسري متفتحاً ومرتبطا بالمجتمع. ( Hurlock,B,1978: 44 ).

ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن الاستراتيجية الجوهرية لفهم كيفية تفاعل أعضاء الأسرة من خلال عملية التواصل بينهم؛ ولذا فالمرشد **يجب أن يركز على النقاط التالية :**

أ- كيفية إرسال واستقبال أعضاء الأسرة للرسائل .

ب- طرق التواصل داخل النسق الأسري .

ويوضح ( Corey,1996 :3 ) أن المرشد يعمل كمسهل Facilitator وأداة فعالة في العملية الإرشادية فهو يعد من وجهة نظر ساتير نموذجا للتواصل الفعال ، ومصدرا شخصيا لنمو الأسرة وذات قدرات خاصة في ملاحظة الموقف الأسري ، ورصد التغيرات في العلاقات الأسرية ، ومن أهم فنيات نظرية التواصل لساتير هي تحسين الأسرة وإعادة بناء الأسرة.

**أساليب الإرشاد الأسري :** الفنيات المقترحة هنا تعتبر أمثلة لأساليب من التي يمارسها المعالج ويكيفها طبقاً للمشاكل القائمة الموجودة بالأسرة .

## الفنيات المستخدمة في الإرشاد الأسري:

**١- الجينوجرام أو ( التخطيط العرقي أو الوراثي ) The genogram :**

الجينوجرام فنية هامة ورئيسية في العلاج الأسري حيث تساعد المعالج في الحصول على قدر كبير من المعلومات المهمة والمنظمة و"الجينوجرام قد تم استخدامه في العلاج الأسري ، وهو يعطي صورة بيانية لتاريخ الأسرة ، ويكشف ويوضح الهيكل الأساسي للأسرة من خلال الرموز ويقدم صورة لثلاثة أجيال تحتوي على أسماء وتواريخ زواج وطلاق وموت وحقائق مرتبطة بها ، كمية هائلة من البيانات " ، حيث إنها تمثل صورة من شجرة العائلة توضح أصل العائلة وجذورها.

ويستخدم أسلوب الجينوجرام في رسم تاريخ الأسرة على لوحة تكون شبيهة بشجرة الأسرة تسمى خريطة الأسرة Family genogram ، وهذه الخريطة تمكن المعالج الأسري من أن يرى الأعراض في داخل سياق أكثر امتداداً وتنظم خريطة الأسرة البيانات عن الأسرة لمدى ثلاثة أجيال ، وتقدمها في صفحة واحدة مرئية ، وبذلك تساعد هذه الخريطة في التعرف على الأنماط عبر الجيلية ، والأدوار الأسرية.

ويعد تحويل البيانات عن الأسرة من الصورة اللفظية إلى الصورة المرئية للتاريخ الماضي للأسرة طريقة مبتكرة لاستقطاب انتباه واهتمام الأبناء نحو مادة قد تكون جديدة تماماً بالنسبة لهم ، والتي قد تصبح نقطة البدء، ويمكن من خلالها تنمية حوار ثنائي وجداني عبر الحدود الجيلية (الأبناء مع الآباء) ، كما أن هذا الأسلوب يمكن المعالج من الحصول على قدر كبير من المعلومات ، ولكن ينبغي أن نؤكد أن هذا الاستعراض التاريخي لأحداث وقائع سابقة ينطلق من الحاضر الذي تعيشه الأسرة مع المعالج وليس للبحث عن أسباب المشكلة "الحالية " في " الوقائع الماضية " في هذه المرحلة (Smith,Robert et al.1992).

**٢- صور الأسرة Family photos :**

تتميز هذه الفنية بالاطلاع على ألبوم صور الأسرة من خلال تقديم ثروة من المعلومات عن توظيف الماضي والحاضر لهذه الأسرة، فأحد استخداماته هو التغلغل في ألبوم صور الأسرة الجماعية، إن الاستجابات ( الشفوية وغير الشفوية ) بالنسبة للصور والأحداث غالباً ما تكون كاشفة لعلاقات الأسرة وتقاليدها وهيكلها وقواعدها ونماذج الاتصال فيها حيث يُطلب من الأعضاء أن يحضروا صوراً مهمة للأسرة، ويناقشوا أحداث هذه الصور مناقشة توضح أشياء كثيرة عن هذه الأسرة خاصة فيما يتعلق بعلاقاتهم بأسرتهم وبالأجيال السابقة .

هذه الفنية تكشف عن اتجاهات كل عضو من أعضاء الأسرة نحو الآخرين ، وهي أقرب ما تشبه الاختبارات الإسقاطية، حيث إنها تكشف عن أشياء معينة غير

التي تظهر في الصور، وهذا يفيد المعالج في التعرف على الكثير من المعلومات التي تفيده في مراحل التشخيص وفي الكشف عن طبيعة العلاقات في هذه الأسرة .

٣- تصوير الأسرة Family sculpting :

وتقدم هذه الفنية من أجل إعادة بناء نسق الأسرة ، ومعالج الأسرة يمكنه استخدام فنية " تصوير الأسرة " في أي مرحلة من مراحل العلاج . ويصور أعضاء الأسرة العلاقات بينهم في مدة زمنية محددة ، حيث يطلب المعالج من أفراد الأسرة أن يقوموا بتنظيم الأسرة ماديًا (أوضاعهم ومكانتهم وأدوارهم في الأسرة) وأفراد الأسرة البالغين غالباً ما يكونون مصورين جيدين للأسرة عند منحهم فرصة للاتصال غير الشفوي وللتعبير عن مشاعر وأحاسيس الأسرة ، ويعتبر تصوير الأسرة أداة فحص مشهورة ، وتمنح الفرصة للتدخل العلاجي في المستقبل . ( Smith, Robert et al.1992:2-3)

ويقصد بهذه الفنية التصوير في الفراغ وكل فرد من أفراد الأسرة يقوم بتجسيد لأفراد أسرته كما يراهم بالفعل يجسد الأفراد في علاقاتهم ببعض .. ويصور مشاعرهم تجاههم ، وكذلك يصور الأدوار التي يقوم بها أفراد الأسرة كما يراها ، وبذلك يسهل التعرف على علاقات أفراد الأسرة بعضهم ببعض عن طريق أن يقوم كل فرد في الأسرة بتصوير باقي أفراد الأسرة في الفراغ.

٤ - إعادة التمثيل Acting:

وهو عبارة عن إعادة تمثيل مواقف سابقة أو لعب الأدوار بالتبادل بين أعضاء الأسرة يعطي الفرصة للتعرف على طبيعة العلاقات وأنماط التواصل ، وأداء الوظائف داخل النسق الأسري .

يرى أصحاب هذه النظرية من المفيد أن تجعل الأسرة تؤدي شيئًا عمليًا خاصاً بالمشكلة بدلاً من الحديث عنها فقط ، ويساعد ذلك الأسرة على أنها تبني نماذج من السلوك صحيحة وسليمة في الخيال ومن الممارسات التي يتحمس لها

بعض المرشدين الأسريين خاصة عندما يعملون مع أسرة بها أطفال صغار ، أن يسألوا الأسرة أن تنفذ عن طريق التمثيل في الجلسة يوميًا من حياة الأسرة بكل تفاعلاتها، وهو يمثل فرصة أمام المعالج ليرى بعينه كيف تتفاعل الأسرة، ويستطيع حينئذ أن يصحح ما يراه مؤدياً إلى المشكلات وأن يدربهم على السلوك المصحح " والميزة الواضحة في هذه النظرية هي أن المعالج يمكنه أن يتأكد بنفسه مما يجرى في الأسرة بدلاً من أن يعتمد على التقارير ويعتبر هذا الأسلوب من الأساليب الفعالة ، وقد أطلق مورينو " سيكودراما الموقف " ، حيث إن كثيرا من المشكلات داخل الأسرة تتصل بعدم قدرة فردين على التحدث مع بعضهما البعض ، وفي مثل هذه الجلسات فإن مشكلات الاتصال (التخاطب) تصبح هي الموضوع الرئيسي ، فمثلاً إذا اشتكى الأب من أنه عندما يتحدث مع ابنه فإن زوجته تتدخل ، فإن المعالج قد يطلب منهما أن يبدأ الحديث ويطلب من الأم أن تدخل إلى المناقشة .

وعلى الرغم من أن إعادة تمثيل الأسرة لموقف معين هو موقف مصطنع فإنه يكشف جوانب كثيرة من أهمها الانفعالات وطرق التواصل وطبيعة العلاقات والأدوار التي يقوم بها هؤلاء الأفراد، ولكي تطبق هذه الفنية بصورة صحيحة فيجب أن يوضح المعالج أنه أثناء إعادة تمثيل التمثيل بنفس الطريقة والأسلوب والانفعال وحتى نبرة الصوت وتبادل النظرات وطريقة التواصل بصفة عامة ، فكلما اقترب إعادة تمثيل الموقف من الموقف الأصلي ساعد ذلك المعالج على سهولة تشخيص هذه الأسرة وتحديد الاتصالات الخاطئة فيها ، وكذلك تحديد اتجاهاته في العلاج ( علاء الدين كفافي ، ١٩٩٩).

**٥- الكرسي الخالي The Empty Chair :**

وفيه يعبر أحد الشريكين عن مشاعره للآخر (الكرسي الخالي) ثم يلعب دور الآخر ويستمر في الحوار أن التعبير عن المشاعر نحو أسرة غائبة ونحو الآباء والأطفال يمكن ترتيبها والتعرف على المناخ النفسي والعلاقات بينهم عن طريق استخدام هذه الفنية .

٦- إعادة التشكيل reframing :

المقصود بهذه الفنية إعادة صياغة المشكلة بشكل مختلف وجديد ووضعها في إطار جديد وإعادة التأطير هنا تعني أن تغير وجهة النظر المفهوم في علاقتها مع إدراكنا للموقف ووضعها في إطار آخر يناسب الحقائق تماماً ولكنة يغير المعنى، ومن هذا فإن القضية في أبسط عباراتها هي أن إعادة التسمية العلاجية تعني تقديم سلوك المعالج في صياغة إيجابية لتجنب النقد واللوم، وعلى المعالج أن يعيد تأطير المشكلة أي النظر إليها من زاوية أخرى.

وأغلب معالجي الأسر يستخدمون إعادة التشكيل كوسيلة للارتباط بالأسرة، وتقديم مختلف المشاكل المقدمة حيث إن إعادة التشكيل عبارة عن انتزاع شيء ما من ترتيبه المنطقي ووضعه في تصنيف آخر، ويمكن تحويل إعادة التشكيل السلبية إلى إعادة تشكيل إيجابية.

الواجبات المنزلية Homework Assignments :

يشير هذا الأسلوب إلى التصرفات التي يطلب المعالج من أفراد الأسرة أن يقوموا بها فيما بين الجلسات ، ولهذا الأسلوب قيمة في أن يجعل جلسات العلاج تقع حيث يمكن أن توجد حلول المشكلات ، فقط حيث يجرى الكلام بالإضافة إلى ذلك فإنها تعود أفراد الأسرة على أن يفهموا أنهم غيروا سلوكهم فإنهم يمكن أن يغيرو كيف يشعرون وكيف يفكرون كذلك

وغالباً ما يطلب المعالج الأسري هذه التكليفات من أعضاء الأسرة، بأن يقوموا بممارسة سلوكيات أو مهام معينة من شأنها أن تخفف من حدة المشكلة أو لا يسلكوا سلوكيات أخرى من شأنها أن تزيد من المشكلة وعلى الأسرة الالتزام بتعليمات المعالج وعمل هذه التكليفات بالطريقة التي ذكرها المعالج (Smith& Robert,1992:2).

**جلسات الأسرة الإرشادية Family council meeting :**

وهي عبارة عن مقابلات أو لقاءات تجمع بين أفراد الأسرة والمعالج، ويتم تنظيم هذه الجلسات بترتيب مسبق مع أفراد الأسرة يتم فيها تحديد الوقت المناسب لمشاركة ومقابلة الأسرة بعضها مع بعض ، وتتضمن هذه المقابلات موضوعات للمناقشة يقوم المعالج الأسري بتحديدها مسبقاً وتشمل اهتمامات الأسرة – طبيعة علاقاتهم بعضهم ببعض – ومشكلات الأسرة ... إلخ.

وتهدف هذه الفنية إلى الحصول على قدر كبير من المعلومات في فترة قصيرة ، وتكون فرصة لجمع معلومات مهمة عن طريق الملاحظة داخل الأسرة (ملاحظة التفاعلات غير المباشرة ، التواصل غير اللفظي ... إلخ ) كما أنها تتيح فرصة لأفراد الأسرة للتعبير عن أنفسهم وتسهل عمليات االتواصل بينهم ، وكذلك المشاركة الأسرية وتعطي هيكلاً وشكلاً واضحاً ومترابطاً للأسرة ، يتم من خلالها التوضيح والشرح والتفسير وطرح الأسئلة ، ومناقشة موضوعات مهمة في حياة الأسرة .

وتساعد جلسات الأسرة الإرشادية في إعطاء هيكل للأسرة ، وكذا في المشاركة الأسرية الكاملة كما تيسر وسائل الاتصال بين أعضاء الأسرة والإرشاد في هذه الجلسة يجب أن يشمل الأسرة من الداخل .

**٧- أساليب الملاحظة Observation Techniques**

***أ- أسلوب الملاحظة المباشرة :***

وتتم في المواقف الطبيعية من خلال الأحداث اليومية العادية ويلاحظها المعالج عن طريق الجلسات الأسرية التي تجمع بين المعالج وأفراد الأسرة .

***ب- أسلوب الملاحظة غير المباشرة Indirect observation technique:***

وتتم داخل الجلسات الأسرية ، ولكنها محددة مسبقاً حيث تتم الملاحظة للتفاعل الأسري من خلال مواقف تجريبية مصممة أو مضبوطة مثل لعب الأدوار

بين أفراد الأسرة أو عن طريق إعادة تمثيل مواقف معينة لملاحظة نقاط معينة ومحددة تحددها المعالج قبل إجراء الموقف.

٨- أساليب المناقشة التأملية **Reflective discussion techniques** :

وقد حدد تيلبري Tilbury أن هذه المناقشة تدور حول الأفكار المتبادلة بين أفراد الأسرة لاستدعاء الحوادث والخبرات السابقة لتفسير وتكوين قدر من الاستبصار بالمواقف الحالية للأسرة .

وتشمل أساليب المناقشة التأملية الإيجابية " طرح أفكار جديدة والتوضيح والتفسير وتصحيح المشاعر ، وربط الأحداث الحاضرة بالماضي " .

# الفصل الثالث
# الإرشاد النفسي
# في مجال ذوي الاحتياجات الخاصة

- أولا: الإرشاد النفسي للأطفال المعاقين.
- ثانيا: الإرشاد الأسري لأسر الأطفال المعاقين.

## أولاً: الإرشاد النفسي للأطفال المعاقين:

**مقدمة:**

كما ذكرنا – من قبل – أن الإرشاد النفسي هو عملية بناءة تهدف إلى مساعدة الفرد لكي يفهم ذاته ويدرس شخصيته ويعرف خبراته ويحدد مشكلاته وينمي إمكاناته ويحل مشكلاته في ضوء معرفته ورغبته، وتعليمه وتدريبه لكي يصل إلى تحديد وتحقيق أهدافه وبالتالي يحقق الصحة النفسية والتوافق الشخصي والتربوي والمهني والزواجي والأسري.

أما رابطة علم النفس الأمريكية فقد ركزت في تعريفها للإرشاد على الجوانب الإيجابية للنمو والتوافق من أجل تيسير السلوك الفعال للإنسان، ولقد نشرت الجمعية الأمريكية لعلم النفس تعريفاً للإرشاد النفسي عام ١٩٨١ جاء فيه " أنه الخدمات التي يقدمها اختصاصيون في علم النفس الإرشادي، وفق مبادئ وأساليب دراسة السلوك الإنساني خلال مراحل نموه المختلفة، ويقدمون خدماتهم لتأكيد الجانب الإيجابي بشخصية المرشد واستغلاله في تحقيق التوافق لدى المسترشد، بهدف اكتساب مهارات شخصية واجتماعية تساعده على تحقيق مطالب النمو والتوافق مع الحياة والقدرة على اتخاذ القرار.

ويرى سيد عبد الحميد مرسي (١٩٨٧: ٨٨) أن الإرشاد النفسي يهدف إلى مساعدة الفرد على النمو والاستقلال في حياته وتنمية قدراته على تحمل المسئولية الشخصية والاجتماعية، وهو خدمة تشمل شتى جوانب حياة الفرد ولا يقتصر على جانب معين من حياة الفرد العائلية أو التعليمية أو غيرها وهو ما يتوافر في جميع مراحل الحياة.

كذلك يعرفه البعض بأنه المساعدة المتاحة من فرد متخصص لآخر في أي فترة من فترات حياته حتى يتمكن من مراعاة شئون حياته والتصرف في أموره، وتشتمل عملية الإرشاد على جانبين أحدهما علاجي ، والآخر وقائي، أي جانب يعالج المشاكل الحالية وجانب آخر يعمل على تجنب ما يحدث في المستقبل. ويقدم الإرشاد لجميع الأفراد في المراحل العمرية المختلفة وفي المجالات الأسرية المختلفة ، والمدرسة، والعمل " .

وكما نرى أن الجمعية الأمريكية لعلم النفس قد حددت خصائص المرشدين النفسيين، بأنهم اختصاصيون أي لا بد أن يكون المرشد مختصا ولا يستعملها بالصدفة أو كهواية، كما أن العملية الإرشادية تكون وفق أسس ومبادئ معينة لا يحيد عنها الفرد ويتم عن طريق هذه المبادئ دراسة السلوك الإنساني أثناء نموه في المراحل المختلفة لعملية النمو، ويقوم المختصون بتقديم خدماتهم المختلفة حتى يصلوا لهدف واحد هو تأكيد الجانب الإيجابي لدى المرشد واستغلاله لتحقيق التوافق لدى المسترشد بإكسابه مهارات جديدة تساعده على تحقيق مطالب النمو المختلفة، والتوافق مع الحياة الخارجية بكل ما تحتويه من مصاعب ومشكلات، وإكسابه الصلابة في مواجهتها والقدرة على اتخاذ قراراته بنفسه، كما ذكرت الجمعية أن الإرشاد النفسي لا يقتصر على مرحلة عمرية بعينها ولكنه يقدم لجميع الأفراد في المراحل العمرية المختلفة ، وكذلك لا يقتصر دوره في مجال واحد ولكنه يقدم في العديد من المجالات مثل المجال المدرسي ومجال الأسرة ومجال العمل .

إذا انتقلنا للحديث عن الإرشاد النفسي في مجال التربية الخاصة فنجد أنه عبارة عن مجموعة من الخدمات الإرشادية، أو برامج إرشادية وهي أكبر وأشمل من أن تكون جلسات إرشادية أو مقابلات بين مرشد ومسترشد؛ لأنها تتضمن دراسة حالة الطفل، وتشخيص قدراته وظروفه، وتوجيهه من خلال المقابلات الإرشادية إلى برنامج الرعاية المناسب له، وإرشاده هو وأسرته ومعلميه، وتشجيعه

على الإفادة مما يقدم له ولأسرته بأقصى قدر ممكن، ومتابعته في البيت والمدرسة ومراكز التدريب والتأهيل.

كما تتضمن هذه الخدمات الإسهام في إعداد وتقديم برامج الرعاية وتقويمها وتفرديها للطفل وأسرته. فالرعاية في التدخل المبكر تقوم على أساس إعداد برنامج لكل أسرة بحسب ظروفها وظروف طفلها، وهو ما يعرف بتفريد خطة رعاية الأسرة. أو تفريد برنامج التعليم للطفل وأسرته.

ويقوم بخدمات الإرشاد النفسي فريق من الإخصائيين، يعملون معاً في تعاون وتآزر وتكامل، لتحقيق أهداف الإرشاد النفسي في رعاية الطفل وأسرته. ويتكون هذا الفريق عادة من الإخصائي النفسي، والإخصائي التربوي، والطبيب والإخصائي الاجتماعي ، ويختص هذا الفريق – كل فيما يخصه – بالآتي :

( Heward &Orlansky, 1992) (Kirk &Galagher, 1989 )

## تقييم حالة المعاق:

ويرى كمال مرسي (١٩٩٧) أن أهداف دراسة الحالة في الإرشاد كما يلي:

**الهدف الأول: تصنيف الأطفال:** بحسب ظروفهم الاجتماعية والصحية للكشف عن الأطفال المحتمل تعرضهم للإعاقة. ويقوم هذا التصنيف على ملاحظة وجود خلل في نمو الطفل : الجسمي والحركي واللغوي والسلوكي، أو وجود انخفاض واضح في المستوى الثقافي والاجتماعي لوالديه يعرضه للحرمان الثقافي، أو وجود العاملين معاً – خلل النمو وانخفاض المستوى الثقافي.

**الهدف الثاني: تشخيص الحالة:** وتقويم قدرات الطفل ومظاهر نموه العقلي، وتحديد جوانب القوة والضعف عنده والخدمات التي يحتاجها هو وأسرته. ويقوم بالتشخيص فريق من المتخصصين في الإرشاد والخدمة النفسية والاجتماعية والطب والتربية، وتستخدم فيه الاختبارات النفسية والملاحظة المباشرة للطفل في أنشطة

عديدة، ومقابلة الوالدين وغيرهم من المهمين في حياة الطفل من المدرسات والمشرفات. ويهدف التشخيص إلى تقويم الجوانب الآتية :

النمو المعرفي: الانتباه والإدراك والذاكرة وتكوين المفاهيم والعمر العقلي ونسبة الذكاء.

النمو الحركي: استخدام المهارات الكبيرة في الزحف والحبو والمشي والمهارات الدقيقة في التآزر بين العينين واليدين، وتوجيه إليد للإمساك بالأشياء ولمسها ودفعها.

النمو اللغوي: القدرة على التعبير الحركي والابتسام والحركات والنطق والكلام والتعبير بجمل وعبارات.

السلوك الاجتماعي: اعتماد الطفل على نفسه في الأكل واللبس والحمام والنظافة، ومهارته في اللعب الفردي ومع الآخرين وفي المسابقات وتقليد الآخرين، ومهارته في التفاعل مع زملائه وأخوانه ووالديه والمعلمات والمشرفات عليه.

التحصيل الدراسي: تاريخ الطفل الدراسي وخبراته المدرسية ومدى استفادته منها.

الحالة الصحية: تاريخ الطفل الصحي والأمراض التي تعرض لها وما ترتب عليها من إعاقات.

وفي ضوء تقويم هذه الجوانب، يتم توجيه الطفل إلى المكان المناسب لرعايته، وإعداد برنامج الرعاية الخاص به، ومتابعة استفادته منه هو وأسرته.

وبذلك نجد أن الإرشاد النفسي للطفل في التربية الخاصة يهدف إلى تنمية ثقته في نفسه وفي البيئة التي يعيش فيها، ومن خلال مساعدته على إشباع حاجاته الأساسية في الأمن والطمأنينة، والاعتماد على النفس، وحب الاستطلاع، والإنجاز، وحصوله على الاستحسان والتقدير من الآخرين حتى يشعر بالكفاءة، ويتكون عنده مفهوم الذات الطيب High Self-concept.

ولا يقصد الإرشاد النفسي للأطفال المعاقين مقابلات في العيادات أو مراكز الإرشاد، وإنما يقصد به عملية فنية يقوم بها المرشد في أي مكان مناسب لإرشاد الطفل ومساعدته على التعبير عن نفسه، وتفريغ انفعالاته وطاقاته الجسمية في أنشطة مفيدة، يقدر عليها، ويشعر فيها بالكفاءة، ويحصل على الاستحسان من الآخرين. وهذه عوامل أساسية في نمو الشخصية وفي اكتساب الخبرات والمهارات، التي تجعل الطفل حسن التوافق مع نفسه ومع الآخرين.

وترى المؤلفة أن برامج التأهيل للمعاق هي جزء أساسي من برامج الإرشاد المقدمة للمعاق، حيث أن التأهيل هو عملية نساعد فيها الفرد المعاق على الاستفادة من طاقاته البدنية والاجتماعية والمهنية وتنميتها للوصول إلى أقصى مستوى ممكن من التوافق الشخصي والاجتماعي والمهني.

وهذا يعني أن التأهيل هو عبارة عن العملية الكلية التي تتضافر فيها جهود فريق من المتخصصين في مجالات مختلفة لمساعدة الشخص المعاق على تحقيق أقصى ما يمكن من التوافق في الحياة من خلال تقويم طاقاته ومساعدته على تنميتها والاستفادة بها لأقصى ما يمكنه.

**مراحل تأهيل المعاق:**

وفي مجال الإعاقة العقلية يرى محمد الشناوي (١٩٩٦) أن مراحل تأهيل المعاق هي كما يلي :

## المرحلة الأولى الدراسة والتقويم:

**أولاً : التقويم النفسي : Psychological Evaluation :**

على الرغم من أنه في كثير من مراكز التأهيل يكون من المعتاد أن نبدأ عملية التأهيل بالتقويم الطبي، إلا أن التقويم النفسي يعتبر من الجوانب الأساسية للحالات المتقدمة للالتحاق ببرامج تأهيل المعاقين.

أولهما : تقدير الأداء الذهني – وذلك باستخدام أحد مقاييس الذكاء المعروفة والتي تطبق فردياً – وبصفة خاصة مقياس بينيه، ووكسلر للراشدين. ويجب أن يقوم بتطبيق هذه الاختبارات إخصائي نفسي (إكلينيكي) مدرب تدريباً كافياً على تطبيق هذه الاختبارات وتصحيحها والاستفادة من نتائجها في التشخيص.

ثانيهما: تقدير السلوك التكيفي. – ويستخدم لهذا الغرض واحد من مقاييس السلوك التكيفي الذي أصدرته الجمعية الأمريكية. ومقياس فاينلند للسلوك التكيفي الذي صدر خلفاً لمقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي:

**ويراعي عند استخدام المقاييس السابقة ما يلي :**

- أن يكون القائم بالتطبيق إخصائياً نفسياً مدرباً.
- وجود معايير محليه للمقياس الذي تستخدمه ووجود تقديرات مناسبة للثبات والصدق.
- مراعاة حالة المفحوص أثناء تطبيق الاختبار.
- مراعاة جوانب الإعاقة الأخرى مثل عيوب الكلام أو المشكلات البدنية والتي قد تتعارض مع تطبيق بعض الفقرات.

وقد يحتاج الإخصائي النفسي إلى تقدير جوانب أخرى مثل الشخصية أو الميول أو غيرها – وهذه قد تتم في هذه المرحلة أو تتم في مرحلة لاحقة ليس هناك ضرورة إلى تقدير هذه الجوانب ما لم نكن بحاجة إليها للحصول على معلومات أساسية تساعد في عملية التأهيل.

**ثانيا : التقويم الطبي : Medical Evaluation :**

أن التقويم الطبي لحالات الإعاقة العقلية يجب أن تتسم بالشمول حتى نحصل على معلومات كافية عن كافة أجهزة الجسم وللمساعدة عند تخطيط

البرنامج الفردي للتأهيل. كذلك يهتم التقويم الطبي بالتعرف على العيوب الخاصة بالسمع والبصر والحركة وكذلك عيوب الكلام وغيرهما.

**ثالثاً : التقويم المهني : Vocational Evaluation :**

وهي العملية التي يمكن من خلالها التعرف على الخصائص المهنية للفرد بما في ذلك ميوله واستعداداته وقدراته المهنية وإمكانية قيامه بأعمال فعلية – وقد تستخدم لهذا الغرض الاختبارات المقننة أو يستخدم أسلوب عينات العمل حيث تكون هناك نماذج لأعمال مثل : الفك والتركيب أو نماذج للوظائف مثل : وظيفة ساعي أو وظيفة جنايني أو غيرهما – وقد يكون التقويم في ميدان العمل نفسه في الورش والمصانع. . . .

وعملية التقويم عملية مستمرة تهتم بالاستكشاف كما قد تشتمل على التدريب أيضاً على عمل معين أو وظيفة معينة.

عند استخدام الاختبارات النفسية يجب مراعاة أن تكون مناسبة للمعاق من حيث ما تقيسه والقدرات اللازمة للأداء وظروف الأداء نفسها وأن تكون لها معايير مناسبة وفي المجتمع الذي يجري فيه التطبيق.

**رابعاً : التقييم الاجتماعي : Social Evaluation :**

حيث تهدف إلى التعرف على ظروف الفرد ونشأته وظروف أسرته وبيئته وظروف حدوث القصور العقلي لديه وكيفية اكتشاف التطورات التي تمر بها سواء كانت تشخيصية أو خدمات طبية أو تعليمية أو مهنية – وما هي الحاجات الاجتماعية للفرد وأسرته لتحقيق أعلى درجة من التوافق الاجتماعي.

## المرحلة الثانية: مرحلة الإرشاد:

بانتهاء عملية التقويم فإن مرشد التأهيل Rehabilitation Counselor يجمع التقارير المختلفة التي قدمها المتخصصون والتي تشتمل على المعلومات الناتجة من القياسات والدراسات والتقويمات ويحاول أن يصل منها إلى :

١- تصوير المشكلة ( التشخيص ).

٢- تحديد مدى انطباق شروط مؤسسة التأهيل على هذا الفرد المتقدم للتأهيل.

٣- تحديد حاجات الفرد في المجالات المختلفة.

٤- الوصول إلى تحديد خطة فردية للتأهيل مشتملة على الخدمات التأهيلية التي تقدم له.

**المرحلة الثالثة : تقديم الخدمات التأهيلية :**

وهذه المرحلة تنفذ فيها خطة التأهيل الفردية التي أعدها المرشد مع الفرد المعاق وأحد أفراد أسرته وبالتشاور مع أعضاء فريق التأهيل الذين أجروا الدراسات والتقويمات.

**ثانيا: الإرشاد الأسري لأسر الأطفال المعاقين:**

**الإنسان يحتاج إلى الأسرة** : طفلاً وشاباً ورشداً ومسناً للتربية والرعاية، والأسرة هي أهم عوامل التنشئة الاجتماعية، وهي أقوى الجماعات تأثيراً في تكوين شخصية الفرد وتوجيه سلوكه . وتختلف الأسر من حيث الطبقة الاجتماعية ومن حيث المستوى الاجتماعي الاقتصادي ، ونحن نعلم أن الحياة الأسرية تؤثر في التوافق النفسي إيجاباً أو سلباً حسب نوع التجارب والخبرات الأسرية .

ويلقي الإرشاد الأسري اهتماماً بالغاً ومنظماً في كثير من البلاد فمثلاً أنشئ في الولايات المتحدة الأمريكية أول عيادة للإرشاد الأسري أطلق عليها " معهد العلاقات الأسرية " سنة ١٩٣٠ في لوس أنجلوس وأفرد للإرشاد الأسري مجلات عملية دورية متخصصة مثل : International journal of family counseling.

**والإرشاد الأسري هو** : عملية مساعدة أفراد الأسرة (الوالدين والأولاد وحتى الأقارب) فرادي أو كجماعة ، في فهم الحياة الأسرية ومسئوليتها لتحقيق الاستقرار والتوافق الأسري ، وحل المشكلات الأسرية .

وهكذا نجد أن الفرق بين الإرشاد الزواجي والإرشاد الأسري هو أن الأول يهم بالزوجين فقط، بينما الثاني يهتم بالأسرة بكاملها ، فيهتم بالعلاقات بين الوالدين بعضهم وبعض وبينهما وبين الأولاد ، والعلاقات بين الأولاد بعضهم وبعض وبين الأسرة والأقارب ... وهكذا.

**ويهدف الإرشاد الأسري :** إلى تحقيق سعادة واستقرار واستمرار الأسرة وبالتالي سعادة المجتمع واستقراره . وذلك بنشر تعليم أصول الحياة الأسرية السليمة وأصول عملية التنشئة الاجتماعية للأولاد ووسائل تربيتهم ورعاية نموهم والمساعدة في حل وعلاج المشكلات والاضطرابات الأسرية، وتحقيق التوافق الأسري والصحة النفسية في الأسرة .

**التوجيه والإرشاد الأسري :** يتم تعريف التوجيه والإرشاد الأسري على أنه نوع من التدخل الإرشادي أو العلاجي في النظام الأسري كمجموعة مترابطة ، وذلك من أجل إحداث تغيير فيها . ويتم النظر إلى الأسرة من خلال العلاقة الإرشادية كوحدة خاضعة بكاملها للإرشاد أو العلاج دون أن يكون موجها إلى شخص واحد أو فرد بعينه، ويأخذ الإرشاد أو العلاج أساليب متعددة تهدف جميعاً إلى محاوله تغيير نوعية العلاقات بين أفراد الأسرة الواحدة وتطويرها بشكل إيجابي .

**المقصود بالأسرة :** هي مجموعة من الأفراد المقيمين معاً والمرتبطين بصلات القربى، وعادة ما تتكون الأسرة من الأب والأم والأبناء.

**الأسس التي يقوم عليها الإرشاد الأسري :** يقوم الإرشاد الأسري على الفلسفة القائلة بأن جذور أغلب المشاكل التي يعاني منها الأفراد على اختلاف أشكالهم تَكْمُن في اضطراب العلاقات بين البشر وطبيعة العلاقات السائدة داخل الأسرة. وتشير كثير من الدراسات إلى أن أفراد المجموعات الإرشادية عادة ما يحاولون حل مشاكلهم والتي لم يتسن لهم حلها بعد، وغالباً ما تدور هذه المشاكل في إظهار رغبة الأعضاء الملحة في الحصول على حب والديهم وعلى رضاهم عنهم وتقبلهم . ولهذا يعمل الإرشاد الأسري على التعامل مع هذه العمليات بشكل

مباشر، كما أن هناك مشكلة أخرى وهي أن بعض الآباء يرون أولادهم أنهم مازالوا أطفالا ، ننظر إليهم لا لكي نستمع إليهم ونتفاعل معهم . وتشير هذه الحقيقة إلى ضرورة عمل الإرشاد الأسري على تغيير الاتجاهات السائدة نحو تربية الأطفال وتنشئتهم داخل الأسرة وعلى إعادة بناء علاقات جديدة تستند إلى اتجاهات صحيحة .

ويحتاج المرشد إلى الإحاطة بنظام عمل الأسرة: وعلى الرغم من أن استخدام طريقة المقال التقليدية فقد توفر بعض المعلومات المطلوبة لهذا الغرض إلا أنه من الضروري أن يقوم المرشد بملاحظة الأسرة أثناء نشاطها في حل مشكلة ما، أو تعاونها في القيام بعمل مشترك فيما بينهم بصورة يساهم فيها جميع أفراد الأسرة بينما يقوم المرشد بالملاحظة ويستطيع المرشد من خلال الملاحظة اليقظة والدقة التعرف على طبيعة العلاقات السائدة بين أفرادها ، ومن ثم فإنه يجب على المرشد ما يلي:

- النظر إلى كل فرد في الأسرة على أنه إنسان مميز وذو أهمية.
- النظر إلى أن بعض الاضطرابات الأسرية ترجع إلى طبيعة الاتصالات بين أفرادها والتي تتميز بالإبهام وعدم الوضوح؛ ولذا يصبح من مهام المرشد تعليم الأسرة كيفية الاتصال بشكل صحيح وصادق وصريح.
- ضرورة حث أفراد الأسرة على التحدث مع بعضهم البعض بشكل طبيعي .

وقد يلجأ المرشد ، بعدما تجتمع الأسرة ، إلى اختيار واحد من أفرادها ممن له تأثير كبير على باقي الأفراد الآخرين والتعامل معه من أجل إحداث تغيير في باقي الأعضاء، ويعتمد هذا الأسلوب على الاتجاه القائل بأنه في حالة تغير أحد أفراد الأسرة وشعوره بالاستقلالية، فإن ذلك يهز الاتزان السابق مما يجعل باقي أعضاء الأسرة يعيدون النظر في مواقفهم . كما قد يلجأ المرشد إلى حث عضو الأسرة على التعبير عن مشاعره تجاه الآخرين والتحدث بحرية عمن يحب ويكره ومن يسامح أو يكره، وما هي الأمور التي يراها مستحيلة داخل الأسرة، بشرط أن يرتبط ذلك بمشاعره الحالية وعدم الخوض في الأحداث الماضية .

وقد يختار المرشد أسلوباً آخر يطرح من خلاله مشكلة هامة للنقاش للأسرة مثل المشاكل المالية ، أو مواضيع الأكل واللبس، أو الأسلوب التحاوري ، ويعتمد هذا الأسلوب على قيام أفراد الأسرة بلعب أدوار متعددة كأن يقوم الابن بدور الأب الذي ينقده كيف تكون علاقته بأبيه في هذه الحالة .. وهكذا ومن الأساليب التي يمكن استخدامها التركيز على وسائل التواصل غير اللفظية لاكتشاف اللفظية لاكتشاف تأثير كل عضو في الأسرة على تفاعلها بواسطة تعبيرات وجهه أو حركاته الإرادية أو مظهره وخلافه .

وعادة ما يتقابل المرشد في بداية الإرشاد مع أفراد الأسرة أولاً في جلسة مبدئية أو أكثر من جلسة يقوم فيها بالتركيز على ملاحظة العلاقات بين الأفراد قد تكون مشكلة الأسرة، على سبيل المثال، هي نظرة جميع أفردها إلى عضو فيها على أنه مضطرب ، مما يجعله يتصرف معهم وفقاً لتوقعاتهم على هذا الأساس . وبعدما يتم التشخيص الصحيح توضع الخطة المناسبة لعملية الإرشاد. (حامد زهران ، ١٩٨٠) .

بالنسبة لتعريف الإرشاد النفسي لآباء الطفل المعاق:

فهي تلك العملية التي يستخدم من خلالها المرشد النفسي خبراته وكفاءاته المهنية في مساعدة آباء الطفل المعاق على الوعي بمشاعرهم نحوه وتفهم حالته وتقبلها وتطوير واستثمار أكبر قدر مما لديهم من إمكانيات للنمو والتعليم لاكتساب المهارات الأزمة لمواجهة المشكلات والضغوط الناتجة عن وجوده بالأسرة والمشاركة بفاعلية في دمجه وتعليمه وتدريبه والتخطيط الفعال لمستقبله المهني والتعاون المثمر مع مصادر تقديم الخدمات بما يحقق له أقصى إمكانيات للنمو والتوافق.

ولذلك نرى أن أهداف الإرشاد الأسري تتبلور في النقاط التالية:

**أولاً- الأهداف المعرفية :**

تنصب الخدمات في هذا المستوى على توفير الحقائق والمعلومات الأساسية اللازمة لإشباع الاحتياجات المعرفية للآباء فيما يتعلق بحالة الطفل الراهنة ومستقبله والخدمات المتاحة أو توجيههم إلى كيفية البحث عن مصادر هذه المعلومات ومصادر الدعم والخدمات المتوافرة في المجتمع المحلي .

**ثانياً- الأهداف الوجدانية للإرشاد النفسي والعلاجي:**

يهدف الإرشاد في هذا المستوى إلى إشباع الاحتياجات الوجدانية للآباء وأفراد الأسرة ومساعدتهم على فهم ذواتهم والوعي بمشاعرهم وردود أفعالهم واتجاهاتهم وقيمهم ومعتقداتهم بخصوص شكل الطفل.

**ثالثاً- الأهداف السلوكية ( تدريب الوالدين والأسرة ):**

وتختص خدمات الإرشاد في هذا المستوى بمساعدة الوالدين وأعضاء الأسرة على التحرر من الاستجابات والأنماط السلوكية غير الملائمة للتعامل مع المشكلة وتطوير مهارات أكثر فاعلية في دعاية الطفل سواء بالمشاركة في خطط تعليمية وتدريبهم في البيت أو بمتابعة تعليمية في المدرسة (عبد المطلب القريطي، ٢٠٠٢).

## دواعي الإرشاد الأسري لآباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة:

**ويمكن توضيح دواعي الإرشاد النفسي لآباء وأسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من خلال استعراض ما يلي :**

منذ اللحظات الأولى التي يعرف فيها الوالدان أن هناك طفلا قادما إليهما تغمرهما مشاعر الفرح والغبطة والسعادة لقدوم هذا المولود ويبدءان في رسم تصور لما سيكون عليه الطفل من حيث شكله وقدراته، ويأملان في أن يصبح الطفل المتميز الذي يحلمون به إلى أن يأتي الدنيا، وبعد فترة تكون قصيرة أو طويلة يفاجأ الجميع

بما فيهم الوالدان بوجود إعاقة لدى الطفل فتنهار أحلامهما وتنتابهما مشاعر كثيرة مختلفة ومتخبطة لهذا الحدث المؤلم .

ولقد أجرت وزبيرن (1980) Waisbrn دراسة هدفت إلى التعرف إلى ردود فعل الوالدين بعد ولادة طفل معوق لديهم ، إذا تمت مقارنة ردود أفعال الوالدين ذوي الأطفال المعاقين (ن = ٣٠) مع ردود أفعال الوالدين ذوي الأطفال العاديين(ن = ٣٠) أشارت الدراسة إلى اختلاف النتائج عن أسر الأطفال المعاقين عن غيرها لدى أسر الأطفال العاديين تمثلت في عدد من الضغوط النفسية نتيجة لوجود طفل معاق للأسرة، كما تمثلت في عدد من التغيرات في نمط الحياة أليومية والاجتماعية ، والكآبة ويمكن توضيح ردود أفعال الوالدين حتى يعرف بالصدمة والإنكار ، والغضب ، والشعور بالذنب ثم تأتي مرحلة التقبل في النهاية .

والحقيقة التي لابد من الاعتراف بها هي أن حالة الإعاقة حالة خسارة لا حالة ربح وهي بذلك ليست في صالح الفرد شخصياً أو اجتماعياً وبناء عليه فهي ليست في صالح الأسرة وخاصة الوالدين.

إن إعاقة الطفل قد تشكل أزمة حقيقية تولد ضغوطاً نفسية هائلة ينبغي على الأسرة أن تطور استراتيجيات التعايش المناسبة والفعالة معها لا على المدى القصير فحسب وإنما على المدى الطويل أيضاً .

ومنذ اللحظة الأولى التي يدرك فيها الوالدان أن الطفل يعاني من اضطراب خطير (جسمي أو وظيفي) تواجه الأسرة العديد من المشكلات . من أمثلة المشكلات التي تواجه الأسرة : تلك الأشكال المنحرفة من سلوك الطفل، واستجابات الآخرين تجاه الأسرة والذي يؤثر بدورة على إدراك الذات فقد يلجأ الوالدان إلى مقارنة نفسيهما بغيرهما من الآباء والأمهات : نظراً لأن إنجاب طفل عادي يعد أحد الرموز الاجتماعية ذات الدلالة الواضحة للعضوية في المجتمع .

هذا وتشير الدراسات بوجه عام إلى أن أسرة الطفل المعاق تواجه مستويات عالية من الضغوط النفسية ، والاجتماعية ، والاقتصادية مقارنة بالأسر التي ليس لديها أطفال معاقون.

كما في دراسة أجرتها منى الحديدي ، وجمال الخطيب (١٩٩٢) عن الضغوط التي تتعرض لها أسر الأطفال المعاقين . وقد تكونت عينة الدراسة من (١٩٢) أسرة منها (١٤٤) أسرة من أسر المعاقين الملحقين بمراكز ومدارس التربية الخاصة بالأردن والتي تخدم الإعاقات الرئيسية ( التخلف العقلي – الإعاقة السمعية – الإعاقة البصرية – الإعاقة الحركية) وأوضحت النتائج أن أسر الأطفال ذوى الإعاقات تعاني من ضغوط شديدة عن الأسرة الأخرى.

ويتضح مما سبق مستوى الضغوط الشديدة التي يواجهها آباء وأمهات الأطفال المعوقين سواء كانت ضغوط نفسية أو اجتماعية أو اقتصادية ، أو تكيفية والتبعات والمسئوليات التي ترتب على إعاقة الطفل وهنا يصبح دور الإرشاد النفسي هاما وفعالا لمساعدة الوالدين على مواجهة هذه الضغوط وعلى إعادة هيكلة الظروف والأوضاع للتكيف مع وجود طفل ذي حاجات خاصة بالأسرة.

وقد لا تقتصر تأثيرات الإعاقة على الوالدين فحسب ولكنها قد تمتد إلى الإخوة والأخوات ، فالإعاقة تغير خبرة جميع أفراد الأسرة وهي قد تقود إلى مشكلات تكيفية مختلفة لديهم، فثمة عوامل عديدة قد تتفاعل فيما بينهما محدثة صعوبات نفسية لدى إخوة الشخص المعاق ومن أهم هذه العوامل تحمل بعض من مسئولية الشخص المعاق ، وذلك قد ينطوي على شعور بالغضب والاستياء وربما المسئولية والشعور بالذنب والخوف خاصة، إذا أرغمت حالة الإعاقة الإخوة على تحمل المسئولية قبل أن يكون لديهم الاستعداد الكافي لذلك (فتحي السيد عبد الرحيم، ١٩٨٣).

**دور الأسرة في الحد من تأثيرات الإعاقة على الطفل المعاق:**

تلعب الأسرة دوراً هاماً للغاية في تشكيل سلوك الطفل، وبصرف النظر عن الظروف الثقافية تبقي الأسرة النظام الرئيسي في كافة المجتمعات البشرية التي لا تلبي الحاجات الفسيولوجية للطفل فحسب وإنما الحاجات النفسية ، والاجتماعية أيضاً المتمثلة في الحاجة إلى الحب والانتماء والشعور بالأمن وتقدير الذات وغير ذلك، وتعد الأسرة بلا منازع هي الجماعة الأولية التي تكسب النشء الجديد خصائصه النفسية والاجتماعية ، أي أنها الوسيلة الرئيسية للتنشئة الاجتماعية ولسنا بحاجة لأن نبرهن على مدى تأثير الأسرة وأهميتها في تنشئة الأبناء فالأمر واضح وجلي ، ولكننا في حاجة إلى بيان مدى هذا التأثير ونوعيته والعوامل المرتبطة بعملية التنشئة الاجتماعية في إطار الأسرة والمصادر التي يستقي منها الوالدان الكيفية التي ينشئون بها أبناءهم ، ومحددات أساليب تنشئة الآباء لأبنائهم ونوع العلاقات الأسرية بين الوالدين والأبناء والتي تؤثر على مختلف جوانب شخصية .

إن الوظيفة الرئيسية للأسرة هي عملية التنشئة الاجتماعية وهي العملية التي يتحول الطفل بمقتضاها من مجرد كائن بيولوجي لا يبحث سوى عن الإشباع الفوري المطلق لرغباته وحاجاته الأولية الكفيلة بحفظ حياته واستمرارية نوعه إلى شخص اجتماعي " له دور اجتماعي وحقوق وواجبات يعيش في بيئة اجتماعية ذات إطار ثقافي محدد ويتفاعل تبعاً لذلك كله مع أشخاص آخرين، ومن البديهي أن عملية التنشئة والتطبيع الاجتماعي لا تتم إلا عن طريق تفاعل الطفل الدائم مع البيئة الاجتماعية التي يتواجد بها أولاً وهذه الأسرة هي نيابة عن المجتمع تحدد له أهم المواقف الاجتماعية التي يقابلها إبان سني طفولته الأولى واتجاه ومدى تفاعله على تشكيل الطفل وهي تنقل إليه كافة المعارف والمهارات والاتجاهات والقيم التي تسود المجتمع بعد أن تترجمها إلى أساليب عملية من التوجيه والإرشاد لتنشئته التنشئة الاجتماعية الصحيحة، وتسهم في عملية التنشئة الاجتماعية عدة عمليات نفسية شعورية ولا شعورية كالتقليد والمحاكاة والتقمص من جانب الطفل، كما

تعتمد على استخدام وسائل وأساليب معينة من قبل الكبار كالإيحاء والثواب والعقاب ، والتشجيع والمدح والتدعيم الإيجابي لأنماط السلوك المحبذة والمرغوبة والاستنكار والنهي والتدعيم السلبي للسلوكيات المستهجنة أو غير المرغوبة ( عبد المطلب القريطي ،٢٠٠٢: ٤٣٩) .

ويختلف الطفل المعاق عن الطفل العادي من حيث حاجاته واعتماده على أسرته وذلك حسب درجة إعاقته وعمره؛ وهو ما يؤدي وبالتالي إلى زيادة مشكلات الأسرة وأعبائها المختلفة إذ على الوالدين أن يعرفا بالتحديد ماذا تعني الإعاقة لدى الطفل ؟ وكيف ستؤثر على حياته ومن ثم عليهما أن يجدا طريقاً للتخفيف من هذا التأثير ، وتشجيع الطفل المعاق على التعلم والتكيف مع الحياة والاستمتاع بها .

وإذا كانت الأسرة لها أهمية كبرى في حياة أولادها العاديين فإن هذه العملية تزداد بالنسبة للمعاقين ، حيث يحتاج المعاق إلى تعامل ورعاية وأساليب خاصة تفوق معاملة العادي، إذ تمثل طريقة معاملة الوالدين لأطفالهم المعوقين مكانة مهمة في تكوين معاملة العادي ، فلا عجب أن تمثل طريقة معاملة الوالدين لأطفالهم المعوقين مكانة مهمة في تكوين شخصياتهم ونشأتهم ، فإذا كانت هذه المعاملة قائمة على المحبة والتسامح فإن آثارها مثمرة في تنمية الطفل المعاق لقدراته، بينما قد يؤدي التعامل الوالدي بنفوز وكراهية إلى تكوين شخصية غير سوية ويتفق ذلك مع ما أشار إليه (Light & Stinson 1986) إلى أن العلاقات الاجتماعية الدافئة بين الآباء والأبناء تسهم بشكل أو بآخر في تكوين شخصياتهم السوية .

**المراحل التي يمر بها الوالدان عند ميلاد طفل معاق:**

يرى سولنت وستارك (Solnit & Stark , 1961) في العملية التي يمر بها الآباء عندما يرزقان بطفل غير عادي عملية حداد على فقدان الطفل الذي كانوا ينتظرونه ويحتاجون للتكيف مع هذا الطفل الذي ولد فعلاً. واستخدام لندمان

Lindeman, (1944) إلى ردود الفعل العاطفية التي تحدث قبل فقدان شيء عزيز، كما هو الحال في الطفل الخداج أو المشوه أو المصاب بمرض خطير ، فهؤلاء الآباء يشعرون بالأسى المرتبط بالتوقعات وبالأسى الحقيقي في الوقت نفسه، وكما يلاحظ جودمان (Goodman, (1975 أن الخوف من الموت يتضاعف . وينسحب الآباء من العلاقات التي ربطتهم بالطفل الذي كان متوقعاً ، آملين أن يعيش الطفل ولكنهم يهيئون أنفسهم لوفاته في ذات الوقت .

ورغم أن الخبراء في هذا المجال يصفون عملية الأسى بطرق شتى إلا أن المراحل الخمسة التي حددها كوبلر روس (Kubler – Ross, (1970 ربما تكون الأفضل، وينبغي التنويه إلى أن أكثر من مرحلة واحدة قد تحدث أو تعود إلى الظهور.

## المرحلة الأولى وهي مرحلة النكران Denial:

قد تستمر هذه المرحلة إلى أن يستطيع الوالدان ملاحظة وتقييم حالة الطفل، وهذه المرحلة الأولى كما لاحظ يونغ (Young, (1977 هي مرحلة عدم التصديق، فالوالدان يشعران بالصدمة وبالتوتر الانفعالي ، وقد يظهران وكأنهما قد فقدا الاتصال بما يجري حولهما وهما قد يقبلان التشخيص عقليًا ولكنهما يرفضانه عاطفيًا. وقد ينهكان في تأدية نشاطات جسمية مرهقة تجنباً للتفكير .

## المرحلة الثانية وهي مرحلة الغضب :

قد يتوجه الغضب إلى الداخل أو إلى الخارج فغالباً ما يعبر الوالدان عن غضبهما من الكادر الطبي الذي كان يقوم على رعاية الطفل أو على إخصائي الأمراض النسائية والتوليد الذي أشرف على الأم في مرحلة الحمل ، ويجب السماح للوالدين بالتعبير عن غضبهما دون أن يتعرضا لشعور إضافي بالذنب يسببه لهما الإخصائيون . ولسوء الحظ فإن كلاً من الأب والأم قد يوجه اللوم إلى الآخر بسبب حالة الطفل أو هما قد يوجهان اللوم إلى أنفسهما لأشياء حقيقية أو وهمية

فعلاها أثناء مرحلة الحمل يشعران أنها كانت مسئولة عن الحالة التي يعاني منها الطفل.

### المرحلة الثالثة: وهي مرحلة المساومة **Bargaining** :

كثيراً ما تحدث المساومة مع النكران في الوقت ذاته فقد يحاول الوالدان تفسير ما كان يحدث في مرحلة الحمل، وقد يصران على أن الرعاية قبل الولادة كانت ممتازة وأن تعليمات إخصائي الأمراض النسائية والتوليد اتبعت بالكامل، وقد يحاول الوالدان تحقيق ما أطلق عليه كوبك (Kopke, 1970) " تطبيع " الطفل وذلك قد يحدث عندما لا يستطيع الوالدان قبول الطفل ( النكران) ولكنهما يرغبان في ذلك للتعويض وقد يلجأ الوالدان إلى المبالغة في وصف الطفل على إنه طفل طبيعي ويحاولان توفير القبول للطفل من خلال إبراز الصفات " المثالية " للطفل ( جمال الخطيب ، منى الحديدى ١٩٩٨: ٢٢١).

### استجابة الأسرة لمولد الطفل المعاق سمعيًّا:

تمر الأسرة بمراحل متعددة وصعبة ومعقدة للغاية منذ مرحلة اكتشاف الإعاقة والتأكد من وجودها، مروراً بالصدمة ومرحلة الحداد والأسى حتى مرحلة البحث عن الخدمات، مما يؤثر على الأداء الوظيفي لأسرة الطفل المعاق .

وإذا نظرنا إلى تأثير نوعية الإعاقة على الأسرة فتقريباً لا نجد فروقا جوهرية بين الأسرتين، فيرى جمال الخطيب ( ١٩٩٢: ١٤٣-١٤٥) أن الإعاقة السمعية تنعكس سلبياً على وظائف أسرة المعاق سمعيًّا ،حيث إن الابن المعاق يشعر بالحرج بسبب عدم فهمه للغة المنطوقة واتخاذ القرارات في ضوء معلومات ناقصة ، والإحساس بالتعب والأعباء المستمرة من النظر المستمر لكي يستطيع التواصل مع الآخرين ، وهم يتحدثون مما يؤدي إلى التوتر المستمر وتجنب مخالطه أفراد الأسرة والانسحاب الاجتماعي ، والرفض والسلبية والملل والاكتئاب ، وهذا كله يكون له عواقب وخيمة على العلاقات والوظائف الأسرية .

كذلك أشارت الدراسات والبحوث في هذا المجال والتي اهتمت بتأثير الإعاقة السمعية على الأسرة إلى أن أسر هؤلاء المعاقين تتعرض لمستويات عالية من الضغوط ، حيث تواجه كثير من الصعوبات والمشكلات الخاصة الناجمة عن حالة الإعاقة على أن محددات الضغوط والتوترات متنوعة وتتباين من أسرة إلى أخرى (Gallagher, B&Cross,1983) ولا يقتصر تأثير الإعاقة على الوالدين وإنما تمتد إلى إخوة الطفل ، حيث تحدث صعوبات نفسية لهم ومن أهم تلك العوامل تحمل مسئولية هذا المعاق مما يؤدي بهم إلى الشعور بالغضب والاستياء وربما الإحساس بالذنب ، خاصة إذا أرغمت حالة الإعاقة الإخوة على تحمل المسئولية قبل أن يكون لديهم الاستعداد الكافي لذلك . (Byrne & Cunningham,1985) .

كذلك أيضاً مدى امتلاك الأسرة لإمكاناتها الداخلية قد تجعل أزمة الإعاقة محتملة أو لا تجعلها أزمة على الإطلاق ومن هذه الإمكانات وجود أم متدينة وسعيدة بأسرتها وزوج يساندها ويدعمها ، وأيضاً مدى توافر المواد المالية للإنفاق على الطفل ومساندة الأهل والأسرة وسهولة إلحاق الطفل بالمدارس العادية أو الخاصة .

ويشير محروس الشناوي (١٩٩٧: ٤٩١،٤٩) إلى أن كثيرا من آباء الأطفال المعاقين عقلياً يدخلون إلى حالة الانضغاط Stress أو الأزمة Crisis وهذا يؤدي إلى الانغلاق في طريقة تناولهم للمشكلة ، أو التعرف على الوجهة السليمة التي يتجهون إليها هذا بالإضافة إلى أن المعلومات المتوفرة لديهم عن حالة الإعاقة تكون في العادة قاصرة، مما يجعل من الصعب الاستفادة منها في الموقف.

ولذا نجد أن ردود أفعال الوالدين تجاه الإعاقة هي ردود فعل الصدمات التي يطغى عليها انفعالات الغضب والحزن والخوف الشديد، وأحياناً يشوبها السخط والشعور بالذنب ، مما يجعلهم بحاجة إلى من يأخذ بأيديهم إلى الوضع الطبيعي حتى يكون بإمكانهم مساعدة الطفل المعاق عقليًّا وهو دور المرشدين الذين

يعملون مع آباء المعاقين فهم يحتاجون إلى مساعدة إرشادية تساعدهم على حل مشكلاتهم اليومية .

كذلك يشرح لنا (Hallahan, D 1991 ) معادلة يوضح من خلالها تفسير نسبية الانضغاط عندما يكتشف الوالدان أن لديهم طفلا معاقا فهو يرى أن المعادلة تنص على أن x= A × B × C بمعنى أن ردود أفعالهما تجاه الإعاقة هو محصلة لثلاثة عوامل وهي :

A = الحادث الضاغط أي وجود طفل معاق ونوعه وترتيبه في الأسرة ومستوى الإعاقة.

B = قدرة الوالدين على تحمل مشكلة الطفل، وهي تشمل مستوى الأسرة الثقافي والاجتماعي والاقتصادي ومستوى العلاقة الزوجية ومدى تماسكها.

C = اتجاه الوالدين نحو الإعاقة والمعلومات المتاحة عنها، وهي تشمل شخصية الوالدين ومستوى التدين لديهم، ومستوى إدراكهم لهذا الموقف المتأزم فالبعض يراها بمثابة كارثة أحلت به ويتشاءم ويعجز، والبعض الآخر ينظر إليها على أنها ابتلاء من الله يجب الصبر عليها .

**خطوات عملية الإرشاد الأسري:**

١- فهم شخصيات الوالدين ودوافعهم ، وما يمارسونه من أساليب دفاعية ويعكسونه من ردود أفعال وإشباع مطالبهم واحتياجاتهم النفسية.

٢- زيادة استبصار الوالدين بحالة الطفل عن طريق تزويدهما بحصيلة مناسبة من الحقائق العملية والمعلومات اللازمة عن:

- مشكلة الطفل وأسبابها .
- خصائص الطفل وإمكانياته .
- مطالب نمو الطفل واحتياجاته الخاصة .

- المشكلات السلوكية لدى الطفل.

- سبل إشباع احتياجاته واستراتيجيات التعامل مع مشكلاته .

٣- تعريف الوالدين بحقوقهم كآباء.

٤- تكييف مستوى التوقعات للوالدين عن أداء الطفل بما يتفق مع مستوى أدائه الفعلي وإمكاناته الحقيقية ، ومساعدتهما على تبني نظرة موضوعية عملية وفق إدراك واقعي لأبعاد مشكلته دون مبالغة سواء بالتهويل أو التهوين ، وذلك حتى يتسنى لهما استخدام حلول ملائمة واتخاذ القرارات المناسبة بشأنها.

٥- تبصير الوالدين بواجباتهما في رعاية الطفل، وتطوير المهارات الوالدية اللازمة لكفالة المشاركة الفعالة في تعليمة وتدريبه في كنف الأسرة .

٦- مساعدة الوالدين وأعضاء الأسرة على الاستبصار بطبيعته الضغوط وعوامل الإجهاد الخاصة بإعاقة الطفل وانعاكساتها السلبية (جمال الخطيب ، ١٩٩٢).

**استراتيجيات الإرشاد:**

**تكوين علاقة قائمة على الثقة:**

قبل أن يبدأ الإرشاد الفعال، يجب على الوالدين أن يثقا بالمرشد، فبناء علاقة قائمة على الثقة هي بمثابة المرحلة الأولى في عملية الإرشاد وهي تبدأ مع تعريف الوالدين بالأشخاص الذين سيقومون على رعاية طفلهما ويجب أن يتعرفا فيها إلى الأشخاص الذين يتحملون مسئولية العناية بحياة طفلهما، ويجب على المرشد أن يطمئن الوالدين ويحثهما على التعبير عن مخاوفهما . وقد تأخذ الثقة فترة زمنية حتى تتطور وعلى أية حال فمن الممكن التسريع في ذلك إذا استخدم المرشد أساليب لمساعدة الوالدين للشعور بالقبول والاحترام وإذا أظهر المرشد اهتماماً حقيقيًّا بالمريض وأسرته فهم سيتعلمون تدريجياً أن يثقوا بالمرشد، وعلى المرشد تبني اتجاه ينم عن الاهتمام والرعاية وأن يزود الوالدين بالتعزيز لتواصلهما مع طفلهما .

## تقييم الانفعالات الأسرية:

يعتقد كندال (Kendall,1994) أن لدى الشخص ثلاثة خيارات عندما يجد نفسه في مشكلة : فهو إما أن يتعامل مع المشكلة بشكل مباشر أو أن يطلب مساعدة الآخرين أو أن ينسحب من المشكلة ( الموقف ) .

ويجب أن لا ينسحب الأب أو الأم من الموقف ( باستثناء الحالة التي يكون فيها ذلك وظيفة متوخاة من عملية الأسرة عندما يتوفر الإرشاد المناسب ، وحتى يكون الإرشاد فاعلاً يجب على المرشد أن يلاحظ ويقيم التفاعل الذي يحدث بين أفراد الأسرة) .

ويقترح كرويلي (Corey , 1996 ) على المرشدين ملاحظة الأم وهي تتفوه بعبارات إيجابية عن طفلها ، وتلمس بأصابع يديها، ومن ثم تحاول التواصل بعينها معه وتتحدث إليه وتبتسم في وجهه وتبرز أوجه الشبه بين خصائصه والأفراد الآخرين بالأسرة.

كذلك فإن التفاعل بين الأب والطفل ليس أقل أهمية لحدوث التكيف الكلي، واستجابات الوالدين التي ينبغي ملاحظتها هي : تكرارية وطبيعة لمس الأب للطفل ، محاولة الحصول على معلومة عن الطفل الاستجابة لنشاط الطفل والمساهمة في رعاية الطفل عندما يكون ذلك مناسباً.

تفاعل آخر مهم يجب ملاحظته من قبل المرشد هو طريقة التواصل بين الأب والأم، فمن العوائق الشائعة التي تحد من مساهمة الوالدين في العناية بالطفل هو رفضهما التخلي عن مسئوليات الرعاية، وعلى الوالدين أن يعرفا أنه لا مبرر للتنافس على محبة الطفل والاهتمام به علاوة على ذلك إذا واصل أحد الوالدين توجيه اللوم إلى الطرف الآخر بسبب حالة الطفل فثمة حاجة للتدخل من جانب المرشد للتخلي عن الشعور بالذنب الذي يحس به أحدهما، وبعد أن يكون المرشد قد لاحظ أنماطاً سلوكية ثابتة لدى الوالدين على مدى وقت محدد فباستطاعته عندئذ تقييم مستوى

التكيف الذي تتحقق وفي معظم الحالات ، فإن والدي الطفل غير العادي يكونان بحاجة إلى المساعدة .

**دور الأخصائي النفسي في إرشاد والدي الأطفال المعاقين:**

أوضح شاكر قنديل (١٩٩٦) أنه على الإخصائي عند إرشاده لأسرة الطفل المعاق أن يراعي المبادئ الأساسية التالية :

- أن مشكلة الطفل المعاق هي مشكلة الأسرة كلها، وعلى الإخصائي النفسي أن يتبنى اتجاهات واقعية نحو الأسرة، وأن يتفهم مشكلاتها وهمومها ومشاغلها الأخرى.
- التعرف على هموم أسرة الطفل المعاق من وجهة نظرها، لأن كثيراً من العلاقات المهنية بين الإخصائيين والأسرة تفشل مبكراً لأن الإخصائي النفسي عجز عن التعرف الصحيح على مطالب الأسرة الحقيقية.
- ألا يفترض الإخصائي النفسي أنه يفهم الطفل المعاق ومشكلاته أكثر من والديه، حيث أن العلاقة البناءة بين الإخصائي والأسرة تعود بفوائد إيجابية على الطفل، والأسرة .
- ضرورة التركيز على تحرير الوالدين من المشاعر السلبية، وردود الأفعال المرضية لأن أي محاولة لتعديل وتنمية سلوك الطفل المعاق لن يكتب لها التحقق دون دعم الوالدين وتعاونها، وهذا يستلزم أن يأخذ الإخصائي النفسي العوامل الانفعالية للأسرة في حساباته.
- أن يأخذ الإخصائي النفسي في اعتباره، أن أسرة الطفل المعاق أسرة مأزومة نفسياً؛ ولذا لا بد من إتاحة الفرصة كاملة أمام الوالدين للتعبير عن مشاعرهم وأن نحترم تلك المشاعر رغم عدم منطقيتها، مع توفير قدر كاف من التعاطف مع ضعفهم البشري.

- مساعدة الوالدين على تبني أنماط للتفكير واقعي، وعلى قبول تقييم عقلاني ومرن للواقع، والعمل على تطوير الممكن والمتاح، وترشيد الطموحات الوالدية، في ضوء أهداف واقعية.
- تنمية مصادر مقاومة الضغوط النفسية، والتي تساعد الآباء في الحفاظ على سلامتهم النفسية والجسمية أمام الضغوط، وذلك من خلال تنشيط عملية المبادأة، ودعم روح التحدي، وإشعار الفرد بقيمته، وتنمية كفاءته واقتداره، ورفع استعداده لتحمل المسئولية.
- دعم الصلابة النفسية للوالدين كمتغير سيكولوجي يخفف من وقع الأحداث الضاغطة، ويتم ذلك من خلال التوكيد والتدريب على عملية الضبط الداخلي، ودعم العوامل الاجتماعية المهمة في المساندة، والتي تعمل كعوامل مخففة أو معدلة للضغوط النفسية.

كذلك أوضح أحمد عبد الله (١٩٩٩) بعض الواجبات التي ينبغي على الإخصائي النفسي أن يضعها في اعتباره عند التعامل مع والدي الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ومنها:

**أولاً: الاستماع الجيد:**

يعتبر الاستماع من أهم عناصر العلاقة الإرشادية لأنه الأساس الذي ستبني عليه العلاقات. ويتضمن قيمة علاجية عالية. أن الاستماع الحقيقي ليس من المهارات سهلة الاكتساب. فالاستماع ليس بالعملية الآلية خاصة في مجال تقديم المساعدة الإرشادية، ومن ثم على المرشد أن يكون واعياً ومدركاً للأسلوب أو الكيفية التي يتحدث بها المسترشد ( والدى الطفل المعاق في هذه الحالة ) ونعني بالأسلوب هنا الإشارات والإيماءات التي يستخدمها الوالدان أثناء الحديث. كما عليه أن يكون واعياً للأشياء التي لا تقال والتي تختفي تحت السطح ويمكن الاستدلال عليها، إن هذه المهارات يطلق عليها الأذن الثالثة. فالاستماع يجب أن يكون للرسائل اللفظية وغير اللفظية (أي لغة وإشارات الجسمBody Language)

خاصة عندما نتعامل مع أسرة الطفل المعاق والتي تحمل الكثير من الضغوط النفسية والإحباط. إن الإخصائي الكفء هو الذي يستطيع أن يدرك ما يقوله المسترشد وما يشعر به، وإن بإمكانه التركيز على الاتجاهات والأحاسيس. فالاستماع إذن إنما هو عملية فعالة تهدف إلى الاستجابة للرسالة الكلية اللفظية وغير اللفظية.

**ثانياً : مساعدة الوالدين لتقبل الطفل المعاق:**

إن الطفل المعاق بحاجة إلى الشعور بالتقبل كفرد له قيمة من قبل الآخرين ومن قبل ذاته أيضاً، وإذا فشل الوالدان في توفير هذا الشعور للطفل فإن ذلك من شأنه أن يخلق إحساساً سلبيًّا لديه. وقد يسعى للبحث عن هذه الحاجة وإشباعها عند الآخرين ويسلك سلوكاً غير مقبول كنتيجة لهذا الحرمان.

ولذلك ينبغي على الإخصائي النفسي أن يساعد الوالدين لتقبل الطفل المعاق كما هو واعتباره طفلاً بالدرجة الأولى ومعوقاً بالدرجة الثانية، ومن الأهمية بمكان أن يسعى الإخصائي النفسي إلى تبصير الوالدين بالحقائق المتعلقة بنمو ونضج هذا الطفل وأنه يختلف في سرعة ومعدل نموه، بالمقارنة بأقرانه العاديين.

ومن الأمور الهامة للوالدين أن يدركا أبعاد مشكلة طفلهما المعاق من خلال بعض المعلومات التي يقدمها الأخصائي النفسي.

إن توضيح صورة الطفل ومدى قدراته يساعد الوالدين على رسم صورة حقيقية لطفلهما وتوقع الممكن من الطموحات وتجنب الإحباطات المحتملة نتيجة التوقعات غير الواقعية والتي ستنعكس على سلوكهما وأسلوب معاملتهما لطفلهما المعاق، وبالتالي يساعد ذلك الوالدين ليكونوا أكثر موضوعية مع الطفل ومع إعاقته، أيضاً يساعد الوالدين على تبني بعض الوسائل والأفكار للتعامل مع المواقف المختلفة والشائعة لدى الأسر التي لديها أطفال معاقون.

ويكون بإمكان الوالدين اكتشاف جميع المصادر المتوفرة في المجتمع والتي يمكن أن تقدم الخدمات للأطفال المعاقين (عيادات، مراكز تقويم، جماعات أو جمعيات أهلية، ورش عمل أو مؤسسات تعليمية للأطفال المعاقين).

**ثالثاً : مساعدة الوالدين على التخلص من مشاعر الذنب:**

قد ينتاب بعد الآباء والأمهات شعور بأنهم قد ارتكبوا ذنباً وأن الله قد عاقبهم على ذلك. ومن المهم التعامل مع هذه المشاعر التي يمكن أن تكون مدمرة. وينبغي أن يقوم الإخصائي بتبصير الوالدين ببعض الحقائق الأساسية للإعاقة التي يعاني منها طفلهما إذا استشعر منهما إحساساً بالذنب. وذلك لأنه عندما تسيطر مشاعر الذنب على الإنسان فإنه لا يخضع أفكاره للتفكير المنطقي وقد لا يقبل النقاش. ومن المهم في هذه المرحلة أن يقوم الإخصائي النفسي بتبصير الوالدين بحقيقة مشاعرهم وتوضيح أنه من الطبيعي أن يشعر الإنسان بالذنب في مثل هذه المواقف وهي ليست بالضرورة غير منطقية وغير مناسبة، إلا أنه من المهم أن يعي الوالدان حقيقة مشاعرهما ليصبح بإمكانهما تجاوزها، وأن الوعي بأبعاد المشكلة يجعل التعامل معها أكثر سهولة وأقل صعوبة.

**رابعاً : مساعدة الوالدين على تحمل مشاعر الاحباط:**

يجب أن يدرك الإخصائي أن الذين يتعامل معهم بشر قابلون بشكل كبير أن يجرح كبرياءهم ولديهم قابلية كبيرة للإحساس بالذنب، ويجب أن يكون الإخصائي على بصيرة بأن آباء وأمهات الأطفال المعاقين بشكل عام يحملون الكثير من المشاعر غير السارة وخبرات الإحباط والإحساس بالذنب. إن ذلك يستوجب تعاملاً خاصا لا يجرح كبرياءهم ولا يعمق من مشاعر الذنب والاحساس بالمرارة لديهم. من ثم فلا يمكن أن يطلب من الوالدين أن يغيرا من شخصيتهما ويتقبلا الأمر الواقع بإصدار (الأوامر) إليهما. إن التقبل والتغير والنضج يأتوا مع الزمن، إذا نجح الإخصائي في منح الوالدين شيئاً من الأخلاق والكرامة والحقوق الإنسانية.

**خامساً : اللقاء مع الوالدين .. اجعله مثمراً بأقصى درجة ممكنة:**

الواقع أنه على الرغم من أن اللقاء مع والدي الطفل المعاق يكاد يكون أمراً سهلاً واعتياديا للإخصائي النفسي، إلا أن هذه السهولة قد تجعله ينسى الكثير من الأمور والاعتبارات التي يجب أن يهتم بها حتى تكون مقابلة الوالدين ناجحة مثل:

- أن يقرر المرشد ما الذي سيتم مناقشته مع الوالدين.
- عدم تسجيل المعلومات التي يقدمها الوالدان ما لم يتم الاستئذان منهما، وأن يشرح الهدف من تسجيل الملاحظات.
- أن يبدأ اللقاء وينهيه بملاحظات إيجابية ومشجعة عن الطفل المعاق.
- ألا يدفع الوالدين إلى الحديث بسرعة.. لأنهما بحاجة إلى الوقت للاسترخاء والكشف عما بداخلهما من مشاعر.
- أن يتفق مع وجهة نظر الوالدين كلما كان ذلك ممكناً.
- أن يجعل الوالدين يشعران بأن اللقاء كان مثمراً إيجابيا.
- أن يقدم للوالدين نصيحة عملية واحدة على الأقل والتي يمكن من خلالها مساعدة الطفل داخل المنزل.
- أن يساعد الوالدين على إدراك أن مساعدة الطفل إنما هي عملية مشتركة بين المدرسة والمنزل.

وأخيراً سوف تتناول المؤلفة في الفصول القادمة البرامج الإرشادية التي تقدم إما للمعاقين أنفسهم لتساعدهم على تحقيق التوافق النفسي أو لأسرة الطفل المعاق، وذلك لأن الأسرة في هذه الحالة تحتاج إلى من يرشدها ويوجهها إلى كيفية مواجهة ما يقابلها من مشكلات ويساعدها على التكيف مع الإعاقة وأداء وظيفتها بنجاح.

هذا بالإضافة إلى أن نجاح الطفل المعاق أو فشله في التوافق النفسي والاجتماعي لا يرتبط بخصائصه وقدراته فقط وإنما يرتبط أيضاً بالمناخ الأسري السائد وما يوفره من عوامل هامة تسهم في الحد من مضاعفات الإعاقة والوصول بالطفل إلى التوافق وتحقيق الذات.

# الباب الثاني

## تطبيقات الإرشاد والعلاج النفسي

# الفصل الرابع

# فاعلية برنامج إرشادي في تحسين الأداء الوظيفي الوالدي لدي مجموعتين من الأطفال المعاقين عقليا وسمعيا

- أولا: الإرشاد الأسري.
- ثانيا: الأداء الوظيفي الأسري.

## مقدمة :

يعد الاهتمام بالطفولة من أهم المعايير التي يقاس بها تقدم المجتمع وتطوره، فهذا الاهتمام هو في الواقع اهتمام بمستقبل الأمة فإعداد الأطفال ورعايتهم في كافة الجوانب هو إعداد لمواجهة التحديات الحضارية التي تفرضها مقتضيات التطور والتغير السريع الذي نواكبه في الآونة الأخيرة .

ومرحلة الطفولة بما لها من أهمية من حيث الخصائص والمعدلات النمائية تستوجب ألا يكون الطفل عرضة لاضطرابات عنيفة تزلزل أساس شخصيته في المراحل النمائية المتتالية فيما بعد؛ ولذا لا بد أن نضمن للطفل مناخاً هادئاً مستقرًّا يسوده الهدوء والاستقرار النفسي، وإذا تحدثنا عن المناخ الهادئ المستقر الذي يضمن له الهدوء والاستقرار النفسي والذي يتيح للطفل المناخ الإيجابي المساعد على صنع مواطن قوي متوافق، يجب أن نأخذ في الاعتبار دور الأسرة في رعاية وتشكيل شخصية هذا المواطن منذ المراحل المبكرة من حياته، فالأسرة هي مسرح التفاعل الذي يتم فيه النمو والتعلم وهي العالم الصغير للطفل الذي تتكون من خلاله خبراته عن الناس.

ولهذا نجد أن هناك كثيراً من الدراسات اهتمت بالظروف والمتغيرات التي لحقت بالأسرة في الوقت الحالي، وذلك لأن الأسرة هي عبارة عن مؤسسة اجتماعية دينامية تتأثر بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية المحيطة، وتهتم الدول المتقدمة بتعليم وتدريب الوالدين انطلاقاً من سعيها للوصول إلى مجتمع متكامل يتسم فيه الأفراد بالنضج والثقة بالنفس والمشاركة والقدرة على تكوين علاقات وتفاعلات مع الآخرين، هذا بالإضافة إلى زيادة قدرة الوالدين على مواجهة مشكلاتهم مع أطفالهم مما ينعكس على نمو الأبناء بطريقة سليمة وعلى درجة توافقهم وصحتهم

النفسية، كما أن القصور في قيام الأسرة بأداء وظائفها يؤدي إلى كثير من المشكلات النفسية والسلوكية لدى الأطفال.

ولذا ظهر حديثاً الاهتمام بالأداء الوظيفي الأسري وهو أسلوب وطريقة الأسرة في القيام بوظائفها من أجل تحقيق أهدافها، وتوفير المتطلبات والحاجات النفسية والتربوية لأبنائها، وذلك من أجل رعاية نموهم الجسمي والنفسي والعقلي والاجتماعي، ويرى البعض أن المشكلات الأسرية ما هي إلا نتيجة لتفاعلات أسرية خاطئة وليست الأسرة، حيث إن الفرد المضطرب ما هو إلا عبارة عن حالة داخل نسق أسري مضطرب، وهذا النسق يحتاج إلى إرشاد وعلاج الأنساق الفرعية له؛ فالمشكلة هنا هي النسق الأسري ذاته وليس الفرد (Sutherland, 1996 :21 ).

ولقد اهتم المتخصصون في هذا المجال بإعادة بناء الأسرة من خلال معالجة التسلسل الهرمي للأسرة، وتقوية أفراد الأسرة الذين هم في مركز ضعف، ويبدأ الإرشاد الأسري من أعلى أي الشخصيات صاحبة النفوذ ويعدل استجاباتها وسلوكياتها متوجها لأسفل وهم أضعف الأعضاء في الأسرة.

ويؤكد البعض أن العوامل الأسرية المضطربة والخلل الوظيفي المتمثل في العلاقات الأسرية المضطربة وعدم القدرة على حل المشكلات البينشخصية بين الأفراد، والصراعات بين الأفراد داخل الأسرة تؤثر في حدوث القلق والاكتئاب لدى الأبناء(Pool,E. (1993),Marchsano,D.(1993 كذلك ضعف البناء الشخصي المتمثل في العلاقات بين الأشخاص أيضاً تعتبر من العوامل الهامة لحدوث هذه الاضطرابات لدى الأبناء (Davila,J,1993) حيث يعبر هذا الاتجاه على أنه يجب التحول من الأسلوب ذي التوجه للعلاج الفردي إلى نظرية التوجه النسقي لعلاج الأسرة لأنه بمثابة شيء متكامل وعميق، فالعلاج النفسي الفردي يمكن الفرد من رؤيته لذاته فقط وليس للمحيط الأوسع الذي ينتمي إليه الفرد، حيث أظهرت تلك النظريات التي تهتم بإرشاد وعلاج الأسرة أن الأسرة تعمل بوصفها نسقا متكاملا ومتوازنا للتفاعلات بين أعضائها، وأي اضطراب في هذا

النسق يخل بالتوازن القائم، وأن الأسرة مسئولة بالدرجة الأولى عن الاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية التي تظهر لدى أبنائها: لأن هذه المشكلات والاضطرابات النفسية إنما ترجع إلى التفاعلات المرضية داخل النسق الأسري (Lonescu,A.1986:33) .

وإذا انتقلنا للحديث عن أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، نجد أن أدبيات التربية الخاصة تشير إلى أن أسر الأطفال المعوقين تعاني من ضغوط نفسيه واجتماعية واقتصادية لها مردود على الحياة الأسرية (فاروق صادق، ١٩٩٥) .

مما يؤكد أن وجود طفل معاق داخل الأسرة يؤدي إلى التعاسة والشقاء الأسري نتيجة شعور الوالدين بإخفاق في تحقيق آمالهما (Linda&Probert,1996) الناتج عن الفشل في تحقيق التوقعات العالية التي كانوا ينتظرونها من أبنائهم وذلك بسبب أدائهم الأكاديمي المنخفض، أضف إلى ذلك الأفكار اللاعقلانية تجاه الإعاقة من قبل الوالدين وكل ذلك يعد بمثابة ضغط على الأسرة (عبد العزيز الشخص ،زيدان السرطاوي،١٩٩٨).

ويشير عبد المطلب القريطي (٢٠٠١) أن آباء الأطفال الصم يعانون من سوء التوافق وهم أقل توافقاً من آباء الأطفال العاديين نظراً لما تفرضه إعاقة أبنائهم عليهم من حيرة وقلق وآثار سلبية على احترامهم لذواتهم ومكانتهم الاجتماعية، فنجد أنهم يعانون من ضغوط نفسية واجتماعية واقتصادية بالغة.

يتضح مما سبق أن ما يعانيه المعاقون من مشكلات ما هو إلا محصلة لتفاعل الإعاقة مع أفراد الأسرة واتجاهاتهم نحو هذه الإعاقة، كما تتضاعف تلك المشكلات مع عدم قدرة الأسرة على التوافق مع الإعاقة أو معايشة الضغوط الناتجة عنها.

ولذا نجد أنه من الأمور الهامة العمل على اشتراك أعضاء النسق الأسري " خاصة الوالدين " في برامج رعاية الطفل المعاق عن طريق خلق جسور من الثقة والألفة بينهم وتنمية قدراتهم على التواصل مع الطفل المعاق.

ويتم الأداء الوظيفي للأسرة من خلال شبكة العلاقات والتفاعلات داخل الأسرة، مع الاهتمام بالأدوار ومسئوليات أفراد الأسرة والأسلوب المتبع لإشباع الاحتياجات النفسية لأطفالهم، واتجاهات وأساليب المعاملة التي يتبعها الآباء في تنشئة أطفالهم والتماسك والمساندة النفسية بين أعضاء الأسرة.

ويتطلب النجاح في أداء الوظائف الأسرية التعاون بين أفراد الأسرة ووجود شبكة عمل أسرية يقوم فيها كل فرد بالدور المطلوب منه، وإقناعهم بأن التوقعات الإيجابية للوالدين عن الإعاقة تؤثر في البناء النفسي للمعاق وكذلك على تقييمه لذاته وقدراته ( شاكر قنديل، ١٩٩٨ ) .

ويرى المتخصصون في هذا المجال أن الأسرة التي لديها معاق في حاجة إلى من يرشدها ويوجهها إلى كيفية مواجهة ما يقابلها من مشكلات، ويساعدها على التكيف مع الإعاقة وأداء الوظائف الأسرية بنجاح.

أما إذا تطرقنا إلى أهمية الموضوع الذي نحن بصدده فنجد أن البيئة الأسرية هي الوسط الرئيسي لنمو الطفل المعاق، وأن استجابات والديه واتجاهاتهم نحو الإعاقة وتوقعاتهم عن أدائه الوظيفي، وطريقة معاملتهم له والكيفية التي يُدرك بها الطفل المعاق ذلك مما يشكل صورته عن ذاته، ويحدد مستوى توافقه إيجاباً أم سلباً، وبالتالي أصبح من الصعب تفهم الصعوبات والمشكلات النمائية والتوافقية التي يلاقيها الطفل المعاق حق الفهم بمعزل عن المتغيرات المرتبطة ببيئته الأسرية.

كذلك فإن أي جهد يبذل في رعاية الطفل المعاق سواء كان جهداً علاجيًا أم تعليميًّا أم تأهيليًّا يعد جهداً محدود الفائدة ما لم يصاحبه تدخل مواز ومكمل على مستوى الأسرة، وذلك أنه لا يمكن الاهتمام بهذا الطفل المعاق إلا إذا وضعنا في الحسبان تلك العوامل التي ترتبط بأسرته وبالعلاقات الأسرية وباتجاه الوالدين نحو الإعاقة ودرجة تقبلهم لهذه الإعاقة .

ولهذا نجد أن هناك كثيرا من الدراسات اهتمت بالظروف والمتغيرات التي لحقت بالأسرة في الوقت الحالي، وذلك لأن الأسرة هي عبارة عن مؤسسة اجتماعية دينامية تتأثر بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية المحيطة، لذا يعد الإرشاد الأسري جزءا لا يتجزأ من برامج رعاية المعاق وخط الدفاع الأول للوقاية من الوقوع في براثن الاضطرابات والمشكلات النفسية التي تؤثر على الطفل المعاق.

وفي عصرنا الحالي تعاني بعض الأسر من عوامل التفكك الأسري، وسوء العلاقات بين أعضائها وبالتالي ظهور التفاعلات السلبية الخاطئة وعدم وجود تواصل بين أفرادها واختفاء الحوار، مما يترتب عليه ظهور بعض الاضطرابات النفسية لدى الأبناء، كذلك قد يرجع البعض التغير في أساليب أداء الوظائف الأسرية في بعض الحالات إلى وجود طفل معاق في الأسرة مما ينشأ عنه قدر كبير من الضغوط وما يتبعها من تغير في أساليب الأداء الوظيفي الأسري.

(Delambo,K. 2003 , Satir, et al. 1983)

وهذا يتطلب إعداد برامج للإرشاد الأسري لأن نجاح الطفل المعاق أو فشله في التوافق النفسي والاجتماعي لا يرتبط بخصائصه وقدراته فقط وإنما يرتبط أيضاً بالمناخ الأسري السائد وما يوفره من عوامل هامة تسهم في الحد من مضاعفات الإعاقة والوصول بطفلهم إلى التوافق والصحة النفسية.

ولذا فإن أهمية هذا البرنامج تنبع من أهمية الأسلوب الإرشادي، لتحسين الأداء الوظيفي الأسري فيها كاتجاه له تأثيرات فعالة وليعمل على بناء جسور من الثقة والألفة بينهم، وخلق إحساس بالمسئولية لمساعدة الطفل المعاق، وتنمية قدراتهم على التواصل بكفاءة مع بعضهم البعض ومع طفلهم المعاق، حيث إنه يعالج الاضطرابات داخل النسق الأسري ويساعد المعاق على تحقيق توافقه النفسي والاجتماعي، كذلك تتمثل الأهمية التطبيقية لهذه الدراسة في النقاط التالية:

- مساعدة أسر المعاقين على إدراك نقاط القوة والضعف في أدائها الوظيفي .

- العمل على تحسين الأداء الوظيفي في أسر المعاقين لتوفير فرص النمو لأطفالهم بأفضل صورة ممكنة وبقدر ما تسمح به قدراتهم واستعداداتهم .
- توفير معلومات للتربويين والمتخصصين في مجال الأسرة والطفولة عن الأداء الوظيفي لأسر المعاقين عقلياً وسمعياً.

**أسر الأطفال المعاقين عقلياً:**

هي الأسرة التي لديها طفل معاق عقلياً (من فئة القابلين للتعلم) ويعيش فيها الأب والأم والأبناء بصفة مستمرة.

## الإطار النظري:

### أولاً- الإرشاد الأسري Family Counseling :

أصبح الاهتمام بتحسين الظروف والأوضاع البيئية والأسرية للطفل المعاق جزءا لا يتجزأ من خدمات التربية الخاصة، كما أصبحت البرامج الموجهة إلى الأسرة من أهم استراتيجيات التدخل المبكر كوسيلة للحد من الإعاقة لدى هؤلاء الأطفال، ويقع الإرشاد النفسي ضمن مجموعة من التخصصات تعرف بمهن المساعدة حيث يهدف إلى مساعدة الأفراد على مواجهة مشكلات وضغوط الحياة وتغيير حياتهم إلى الأفضل.

وعلى الرغم من أن البعض يفرق بين مفهومي الإرشاد النفسي والعلاج النفسي إلا أن جمهور العلماء والباحثين يرون أنهما مترادفان ولا توجد بينهما فروق سواء من حيث الجانب النظري أو التطبيقات العملية، حيث يرى باترسون Patterson(1983) أن تعاريف الإرشاد في كثير من الحالات يمكن قبولها على أنها تعاريف للعلاج النفسي، ولقد أوضح أنه لا توجد فروق جوهرية بين الإرشاد والعلاج النفسي سواء في طبيعة العلاقة أو في العملية أو في الطرق والأساليب الفنية أو حتى في أنواع العملاء، إلا أن الإرشاد يعمل مع أفراد أقل خطورة في اضطرابهم

وفي بيئة غير طبية، أما العلاج النفسي فيشير إلى العمل مع حالات أكثر شدة في الاضطراب، وعادة ما يتم في بيئة طبية (محمد محروس الشناوي، ١٩٩٤: ٢١).

وكذلك يرى البعض أن هناك فروقاً طفيفة وذلك وبناء على أن الإرشاد غالباً ما يشير إلى العمل مع الحالات الأقل اضطراباً أي الاهتمام بالجوانب الصحية للسلوك والوقاية من المشكلات الانفعالية، وتبصير الفرد بإمكاناته وقدراته حتى يمكن مساعدته على استخدامها بشكل أفضل أما العلاج النفسي فيكون مع الحالات الأكثر اضطراباً فقد حدد حامد زهران (١٩٩٨: ٢٥) أن الفرق بين الإرشاد النفسي والعلاج النفسي فرق في الدرجة وليس في النوع وفرق في العميل وليس في العملية، وهذا يعني أن عملية الإرشاد النفسي وعملية العلاج النفسي خطواتها واحدة، ولكن بالنسبة للعميل في الإرشاد النفسي يكون أكثر استبصارا ويتحمل قدراً أكبر من المسئولية من المريض في العلاج النفسي.

وهناك العديد من التعريفات التي تناولت مفهوم الإرشاد الأسرى ويعتبر Wolman (1973) الإرشاد الأسرى بأنه هو الإرشاد الذي يتم داخل الأسرة وفيه تلتقي الأسرة مع المرشد لمناقشة أفراد الأسرة من حيث علاقاتهم وتفاعلاتهم مع بعضهم البعض.

كذلك يعرف Corsin & Robert (1996) الإرشاد الأسري بأنه محاولة تنظيم النسق الأسري، وذلك باعتبار أن المشكلات الأسرية ما هي إلا نتيجة لتفاعلات أسرية خاطئة، فالفرد المضطرب هو عبارة عن حالة داخل نسق أسري مضطرب يحتاج إلى مساعدة وإرشاد الأنساق الفرعية له، فالمشكلة هي النسق الأسري ذاته وليس الفرد ، وفي موسوعه علم النفس يعرف Sutherland(1996) الإرشاد الأسري بأنه الإرشاد الذي يتناول الأسرة كجماعة بغرض تحسين فهم أفراد الجماعة لأنفسهم ومساعدتهم على التفاعل السليم فيما بينهم.

ويؤكد Diamond&Howard (1999:6) أن الإرشاد الأسري هو أسلوب يتم فيه التركيز على الأسرة والانتقال من الاهتمام بالمنازعات حول السلوكيات*

اليومية إلى التركيز على العلاقة بين أعضاء الأسرة وذلك بهدف احتواء الحوار وخلق جو اجتماعي أسري جديد .

ويُعرف الإرشاد الأسري في مجال التربية الخاصة بأنها علاقة بين إخصائي مدرب وآباء الأطفال غير العاديين ممن يسعون إلى الوصول إلى فهم أفضل لمشاكلهم ومشاعرهم، فهي عملية تعليمية تساعدهم على اكتساب الاتجاهات والمهارات الضرورية، وتطويرها للوصول إلى حلول مرضية لمشاكلهم.

وتعرف المؤلفة الإرشاد الأسري الذي يتناول الأسرة كجماعة بفرض تحسين فهم أفراد الجماعة لأنفسهم ومساعدتهم على التفاعل السليم فيما بينهم حيث تلتقي الأسرة مع المرشد لمناقشة أفراد الأسرة من حيث علاقاتهم وتفاعلاتهم مع بعضهم البعض.

ولقد ظهرت مجموعة من النماذج والنظريات التي تهتم بالإرشاد الأسري، ولكن على الرغم من تعدد تلك النظريات إلا أن المؤلفة سوف تقتصر على تناول بعض النظريات ومنها:

**أولاً: الإرشاد الأسري متعدد الأجيال Bowen Trans generational Family:**

تنسب هذه النظريات إلى ميري بوين Murry Bowen الذي يعد من أعلام وجهة النظر النسقية من خلال نظريته التي أطلق عليها نظرية الأجيال الثلاثة Three Generations Theory حيث إنه يرجع اضطراب الأبناء في الأسرة لاضطراب الوالدين، أو وجود بعض الاضطرابات لدى الآباء وجوهر هذه النظرية هو عمليات الانتقال لأجيال متعددة من حيث اضطراب العلاقات الأسرية، ولذا نجد أن المرشد النفسي من خلال هذه النظرية يركز في عملية الإرشاد على شمول تراث المشاعر والعواطف الأسرية السابقة ( الجيل السابق) والتي كانت متواجدة من قبل وتركت أثرها على الأسرة الحالية، وكذلك طرق الاتصال مع شبكة الأسرة الممتدة والتفاعلات والعلاقات والتدعيم، أي أنه يهتم برؤية الأسرة

النووية من خلال طبيعة علاقاتها وتفاعلاتها مع الأسرة الأصلية .(Edlestien,K.1993:95)

والهدف الأساسي لهذه النظرية هو تحقيق التمايز الذاتي لكل فرد من أفراد الأسرة وهو شرط ضروري للصحة النفسية، وتمثل عملية التمايز القدرة على تحديد هوية الفرد بعيداً عن أسرته، ليدمج الجوانب المتعارضة للذات وليسمح بالصراعات النفسية أن تحدث بين قلقه من المستقبل أو الاعتمادية والرغبة في التمايز، أما الهدف الثاني لهذه النظرية فهو خفض الشحنات الانفعالية المرتبطة بسلوك الفرد، ومساعدة أفراد الأسرة على أن يفكروا بطريقة مباشرة وعدم تشويه الأفكار التي تظهر في التواصل بين أعضاء الأسرة، وما يصاحبها من انفعالات . (Milkloize,D,1994:475)

**ثانياً: نظرية الإرشاد الأسري البنائي Structural Family Counseling :**

ترجع هذه النظرية إلى بداية الستينيات من القرن العشرين مع أبحاث العالم مينوشن Minuchin ، وتعرف هذه النظرية باسم النظرية البنائية للإرشاد الأسري؛ وذلك لأنها تبحث عن تغيير الأبنية أي الاتحادات والانشقاقات داخل الأسرة، حيث يهتم بالتركيز على الحدود بين الأنظمة الفرعية داخل الأسرة خاصة بين الوالد والابن (محمد محروس الشناوي،١٩٩٤: ٤٣٣).

من ثم فالنظرية البنائية تنظر إلى الفرد المضطرب على أنه بمثابة مؤشر لوجود خلل في النسق الأسري، ولإحداث التغيير لدى هذا الفرد ينظر أولاً إلى عمل التغيير المناسب في بناء الأسرة وما يتضمنه من أنساق؛ لأن الاضطراب يعني مؤشرا لبناء أسري يعاني من خلل معين يستدعي التدخل لتغيير بناء تلك الأنساق.

ومن أهداف التوجه الأسري البنائي العمل على زيادة التفاعل بين أفراد الأسرة عن طريق فك الحدود الجامدة بين أعضاء النسق الأسري، والعمل على خلق بناء هرمي يتحمل الوالدان فيه مسئولية أبنائهم مع إتاحة الفرصة لهؤلاء

الأبناء للتعبير عن آرائهم، وكذلك تحسين الأداء الوظيفي الأسري عن طريق إحداث تغيير في بناء النسق الأسري، وتغيير النماذج التفاعلية الحاكمة للقواعد (Corey,1996:7) .

ولهذا يرى Minuchin (1974) أنه على المرشد النفسي من خلال هذه النظرية أن يشكل علاقة إرشادية فعالة من أجل خفض الصراع، والضغوط النفسية لدى جميع أفراد الأسرة، وتعليمهم طرقا جديدة للتغلب على المشاكل مما يؤدى إلى تحرير حامل العرض (الطفل المضطرب) من إعراضه.

وبذلك نرى أن الهدف الأساسي هو إعادة بناء النسق الأسري من خلال تغيير تنظيم الأسرة وتغيير وظائفها، حيث يعتبر ذلك السبيل الوحيد لتنمية قدرة الأسرة على مواجهة مشكلاتها، ولكي يتحقق ذلك يجب أن تكون التدخلات مباشرة وعملية وموجهة بالفعل (علاء الدين كفافي،١٩٩٩: ٢٨٦).

كما يرى Hurlok,B (1978:39) أنه لكي يتحقق التوازن الأسري يجب أن تكون مترابطة ولديها نماذج اتصال جيدة، وأن يتفهم كل فرد فيها الآخر وأن تكون قادرة على التعامل مع الأزمات بالأساليب الايجابية المناسبة.

**ثالثاً: نظرية التواصل "الإرشاد الأسري المشترك" Joint Family Counseling:**

رائدة هذه النظرية هي فريجينا ساتير Satir,V.(1983) في الإرشاد الأسري حيث تؤكد في نموذجها لعملية الإرشاد الأسري المشترك على التواصل، ولذا اهتمت بالتركيز على أهمية عملية التواصل داخل النسق الأسري، فهي ترى أن إساءة الوظائف الأسرية ما هي إلا أعراض للأسرة المضطربة، حيث يبدو ذلك في شكل الرسائل اللفظية أثناء التفاعل والتواصل في النسق الأسري، ومن ثم فهي تعتقد أن أهداف هذه النظرية تتبلور في أن يكون التواصل واضحا بين أعضاء النسق الأسري، وأن النمو الأسري يحدث عن طريق المشاركة في الخبرات على

شرط أن تكون القواعد الأسرية تتسم بالمرونة والإنسانية والنسق الأسري متفتحاً ومرتبطاً بالمجتمع (Hurlock,B.1978:44).

ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن الاستراتيجية الجوهرية لفهم كيفية تفاعل أعضاء الأسرة من خلال عملية التواصل بينهم، ولذا فالمرشد يجب أن يركز على النقاط التالية:

أ- كيفية إرسال واستقبال أعضاء الأسرة الرسائل .

ب- طرق التواصل داخل النسق الأسري(Kottman, M. 1995:37) .

ويوضح (Corey,1996:3) أن المرشد يعمل كمسهل Facilitator وأداة فعالة في العملية الإرشادية فهو يعد من وجهة نظر ساتير نموذجاً للتواصل الفعال، ومصدراً شخصيًّا لنمو الأسرة وذات قدرات خاصة في ملاحظة الموقف الأسري، ورصد التغييرات في العلاقات الأسرية، ومن أهم فنيات نظرية التواصل لساتير هي تحسين الأسرة وإعادة بناء الأسرة .

**ثانياً- الأداء الوظيفي الأسري:**

أضحى الاهتمام بالأداء الأسري وتأثيره على سلوك الأبناء من القضايا الهامة في الوقت الراهن حيث أصبح ينظر إلى أنماط الأداء الأسري على أساس كونها آليات لتوازن المنظومة الأسرية، ويتم الأداء الوظيفي الأسري من خلال شبكة العلاقات والتفاعلات والقدرة على أداء الأدوار ومسئوليات كل فرد في الأسرة والمساندة والتدعيم النفسي بين أعضاء النسق الأسري .

ويعتبر النجاح في أداء الوظيفة الأسرية من نواتج التفاعل الأسري ومدى قدرة هذا التفاعل على تلبيه احتياجات أفراد النسق الأسري.

ومن ثم فإن النجاح في أداء هذه الوظائف الأسرية يتطلب التعاون بين أفراد شبكة العمل التي يجب أن تتسم بالقوة، وأن يقوم كل فرد فيها بالدور المطلوب،

ولذا نجد أن النظرية الوظيفية تعتبر من أكثر النظريات انتشارا لدراسة الأسرة وهي تقوم على الفروض التالية:

- o ينظر إلى كل وحدة نسقية على أنها كل متكامل " نسق موحد".
- o التغيير الذي يحدث في بعض الأجزاء يُحدث تغييرات في الأجزاء الأخرى لأن كل وحدة نسقية تتأثر بالأجزاء الأخرى.
- o التغير داخل النسق الذي يحدث في حدود معينة وهذا في حالة كون النسق في حالة توازن دينامي مستمر.

وترى المؤلفة أن المقصود بالأداء الوظيفي الوالدي هو طريقة الوالدين في القيام بوظائفهم من أجل تحقيق أهدافهم وغاياتهم وتوفير المتطلبات الأساسية والحاجات النفسية لأبنائهم من خلال التفاعل والتواصل بين أفراد الأسرة، والقيام بالأدوار الأسرية وحل المشكلات والمنازعات ودعم جوانب النمو الشخصي والاجتماعي لأفراد الأسرة، ويتمثل التعريف الإجرائي للأداء الوظيفي الوالدي في الدراسة الحالية بالدرجة التي يحصل عليها الوالدان على مقياس الأداء الوظيفي الوالدي .

وإذا تحدثنا عن الأسرة من منظور المدخل البنائي الوظيفي، نجد أنه يجب التركيز على وظائف الأنساق الفرعية داخل الأسرة، بالنسبة للأسرة ككل أو بالنسبة لبعضها البعض، وتفترض هذه النظرية أن أعراض الاضطرابات تستمد بقاءها من طبيعة واتجاه الحركة داخل البناء الأسري، ومن الأدوار التي تمارسها الأسرة ككل والتي تعطيها نماطاً خاصاً بهذه الأسرة، وهذه الأدوار والمسئوليات لأفراد النسق الأسري تؤدي إلى ظهور تلك الأعراض بل وتساعد على استمرارها في عضو أو أكثر.

كذلك نجد أن العناصر الأساسية في بناء الأسرة من وجهة نظر النظريات البنائية الأنساق الفرعية والتدرج الهرمي والحدود هو الذي يحدد الأدوار

والمسئوليات داخل الأسرة، كما يحدد كيفية النواصل بين أفراد الأسرة الواحدة ، وتفهم بعضهم البعض والكيفية التي يواجهون بها مشاكلهم، والنمط الأسري قد يظل ثابتاً أو مستقراً، ولكن عندما تمر الأسر بفترات تتسم بالضغوط الناجمة عن المطالب الداخلية أو الخارجية هنا يجب على الأسرة أن تتكيف بمرونة لتعديل القواعد الأسرية من أجل إشباع احتياجات أفراد الأسرة. (بيرل بيرهان،٢٠٠٤:٢٩٨).

تقوم النظرية البنائيه على بعض الفروض منها:

- أن لكل أسرة طبيعة خاصة يجب معرفتها أثناء مرحلة التشخيص قبل تقديم الخدمات الإرشادية التي تناسب طبيعة هذه الأسرة.
- الاضطرابات الأسرية تحتاج إلى إعادة وترتيب البناء الأسري .
- البناء الأسري المضطرب يتضمن اضطرابا في العلاقات بين أفراد هذه الأسرة، بالإضافة إلى خلل في أداء الوظائف المتمثل في أداء الأدوار التي يمارسها كل فرد في النسق الأسري والمسئوليات المتبادلة بينهم.
- عملية الإرشاد من خلال هذه النظرية تعتمد على إعادة تنظيم النسق الأسري، وذلك من خلال التعرف على الأنماط المرضية المتكررة ثم العمل على تصحيح تلك الأنماط باستخدام استراتيجيات وهيئات محدودة.
- إعادة البناء الأسري يتطلب تحديد الحدود والقواعد التي تحكم العلاقات والتفاعلات بين أفراد الأسرة (Edelstien,K.1993:89) .

كذلك يؤكد علاء الدين كفافي (١٩٩٩:٢٥) أن النسق الأسري ووظائفه يكون تبعاً لما تخضع له الأنساق الحيوية من تغير وذلك بفعل تعرضه لمثيرات مستمرة، وأن الأسرة السوية تجاهد في التعامل مع هذه التغييرات، وتسعى لتحقيق وضع جديد يتسم بالاستقرار مع الظروف الجديدة، وهو ما يعكس مرونة هذا

النسق الأسري وقدرته على تجديد نفسه عبر الظروف المتغيرة، ولكن الأسر غير السوية تحاول إنكار التغير وتستمر في تكرار أنماطها السلوكية القديمة.

وإذا نظرنا إلى تأثير الإعاقة على الأسرة نجد أنها تترك مجموعة من الآثار النفسية بين أفراد أسرة المعاق حيث تتأثر الأسرة بالعديد من المشاكل العاطفية والانفعالية التي ترتبط بمراحل حدوث الإعاقة وهي كما يلي:

أ- **مرحلة الصدمة:** وتظهر فور علم الوالدين بحدوث الإعاقة سواء كانت في مرحلة الحمل أو بعد الولادة، فالوالدان يتوقعان طفلاً جميلاً مكتمل القدرات إلا أن الواقع الأليم يوقظهما من هذا الحلم الجميل .

ب- **مرحلة الإنكار:** وهي تعكس الآثار التالية لمرحلة الصدمة حيث تمر الأسرة بحالة نفسية سيئة، فالوالدان يشعران بالصدمة والتوتر الانفعالي وهما قد يقبلان التشخيص عقليًا ولكنهما يرفضانه عاطفيًا

ج- **مرحلة الخوف والإحباط:** تظهر في هذه المرحلة مظاهر سيكولوجية تؤدي إلى الإحباط والاكتئاب والعزلة، نتيجة لعدم القدرة على تقبل الوضع الراهن لحدوث الإعاقة ، ويتناوب الحزن والقلق مع الشعور بالغضب والسخط وعدم الرضا بما حدث مع التساؤل عن سبب هذه الإعاقة، وكيف حدثت ولماذا هما بالذات وما الحكمة في ذلك؟

كذلك قد يشعر الوالدان بالذنب وأنهم قد فعلوا ما تسبب في حدوث تلك الإعاقة، وبالتالي يحدث لهما حاله من اليأس والإنسحابيه السلبية.

**مرحلة القبول:** تأتي مرحلة قبول الأمر الواقع بعد مرحلة الانفعالات العنيفة من حزن وقلق وغضب، فتأتي مرحلة القبول ومحاولة الأسرة التكيف لهذا الواقع الجديد، علماً بأن هذه الفترة قد تطول عند بعض الأسر، حيث تعاني الأسر من التخبط والسلوكيات العشوائية، والقرارات المتناقضة حتى تصل إلى هذه المرحلة.

(عبد المطلب القريطي ، ١٩٩٩: ٩، ١٠)

ويؤكد المتخصصون في هذا المجال أن أسرة الطفل المعاق تتعرض للمشكلات المادية والأسرية والانفعالية والزواجية، ويرجع ذلك إلى أمرين يمثل أولهما في أن مصيبة ولي الأمر وابتلاءه في أعز ما يملك وهو الابن، أما الأمر الثاني فيتمثل في أن الطفل المعاق له حاجاته الخاصة ومن ثم فإن رعايته تتطلب جهداً كبيراً ينوء بكاهل الوالدين، فضلا عن استمرارية ذلك طوال حياة الطفل مما يعرضهم للارتباك وعدم الاتزان العضوي والنفسي والاجتماعي، ومن ثم يقعون فريسة للضغط النفسي( عبد العزيز الشخص، زيدان السرطاوي،١٩٩٨: ٥٥).

ويوضح علاء كفافي ،( ٢٠٠٣ : ٣٥) ماهية النسق الأسري بعد ميلاد الطفل المعاق حيث تتغير اتجاهات الأسرة بعد ميلاده إلى اتجاهين وهما:

## ١- التفاعل داخل النسق الأسري بعد مولد الطفل:

**من حيث علاقة الوالدين بالطفل المعاق:**

الوالدين يتعاملان مع الابن المعاق على نحو يختلف عن باقي إخوته، فحالة القلق والأسرة والضيق تكون ظاهرة في نظرة الوالدين فهم يتدخلون في حياته لمعرفة كافة التفاصيل عن طريقة أدائه لوظائفه.

**من حيث العلاقة بين الزوجين:**

الوالدان يفتقدان القدرة على تحقيق قدر من التفاهم والتوافق الزواجي هذا إذا لم يكن الوالدان على درجة كبيرة من النضج، وبالتالي يكون لديهما الاستعداد الكاف للشقاق والمشاحنات، ومع مولد الطفل المعاق يكون سبباً كافياً لاندلاع المزيد من الخلافات والشقاق بينهما، حيث يُحمل كل منهما الآخر المسئولية، كما يحاول كل منهما الهروب من مسئوليات هذا الطفل والمتمثلة في الرعاية المستمرة له.

**من حيث علاقة الإخوة بالطفل المعوق:**

أخوة الطفل المعاق يدركون أن أخيهم مختلف عنهم وأن له حاجات خاصة، وأن له وضعا خاصا أيضاً، وبالتالي فهم يشعرون أن والديهم يتجهون بكامل

مجهوداتهم لرعاية هذا الطفل المعاق، والتي تأخذ نصيباً كبيراً من الجهد والوقت والتكلفة مما يؤثر عليهم بالسلب .

## ٢- استجابة الأسرة لمولد الطفل المعاق:

حيث تمر الأسرة بمراحل متعددة وصعبة ومعقدة للغاية منذ مرحلة اكتشاف الإعاقة والتأكد من وجودها، مروراً بالصدمة ومرحلة الحداد والأسى حتى مرحلة البحث عن الخدمات، مما يؤثر على الأداء الوظيفي لأسرة الطفل المعاق.

وإذا نظرنا إلى تأثير نوعية الإعاقة على الأسرة فتقريباً لا نجد فروقا جوهرية بين الأسرتين فيرى جمال الخطيب (١٩٩٨: ١٤٣-١٤٥) أن الإعاقة السمعية تنعكس سلبياً على وظائف أسرة المعاق سمعياً، حيث أن الابن المعاق يشعر بالحرج بسبب عدم فهمه للغة المنطوقة واتخاذ القرارات في ضوء معلومات ناقصة، والإحساس بالتعب والأعباء المستمرة من النظر المستمر لكي يستطيع التواصل مع الآخرين وهم يتحدثون، مما يؤدي إلى التوتر المستمر وتجنب مخالطة أفراد الأسرة والانسحاب الاجتماعي، والرفض والسلبية والملل والاكتئاب، وهذا كله يكون له عواقب وخيمة على العلاقات والوظائف الأسرية .

كذلك أشارت الدراسات والبحوث في هذا المجال والتي اهتمت بتأثير الإعاقة السمعية على الأسرة إلى أن أسر هؤلاء المعاقين تتعرض لمستويات عالية من الضغوط، حيث تواجه كثيرا من الصعوبات والمشكلات الخاصة الناجمة عن حالة الإعاقة على أن محددات الضغوط والتوترات متنوعة وتتباين من أسرة إلى أخرى (Gallagher, B. & Cross,1986) ولا يقتصر تأثير الإعاقة على الوالدين، وإنما تمتد إلى إخوة الطفل المعاق، حيث تحدث صعوبات نفسية لهم، ومن أهم تلك العوامل تحمل مسئولية هذا المعاق مما يؤدي بهم إلى الشعور بالغضب والاستياء وربما الإحساس بالذنب، خاصة إذا أرغمت حالة الإعاقة الإخوة على تحمل المسئولية قبل أن يكون لديهم الاستعداد الكافي لذلك Byrne&Cunningham,1985.

وفي مجال الإعاقة العقلية نجد أن تأثير الإعاقة على أسرة المعاق تختلف من أسرة إلى أخرى، بل يختلف التأثير من فرد لآخر في الأسرة الواحدة بحسب إدراك كل منهما للموقف وتفسيره، ومدى إيمانه بالله وانقضاء والقدر.

كذلك أيضاً مدى امتلاك الأسرة لإمكاناتها الداخلية قد تجعل أزمة الإعاقة العقلية محتملة، أو لا تجعلها أزمة على الإطلاق، ومن هذه الإمكانات وجود أم متدينة وسعيدة بأسرتها وزوج يساندها ويدعمها، وأيضاً مدى توافر المواد المالية للإنفاق على الطفل ومساندة الأهل والأسرة وسهولة إلحاق الطفل بالمدارس العادية أو الخاصة (Gallagher, 1986).

ويشير محروس الشناوي (١٩٩٧: ٤٩١،٤٩) إلى أن كثيرا من آباء الأطفال المعاقين عقليًا يدخلون إلى حالة الانضغاط Stress أو الأزمة Crisis وهذا يؤدي إلى الانغلاق في طريقة تناولهم للمشكلة، أو التعرف على الوجهة السليمة التي يتجهون إليها، هذا بالإضافة إلى أن المعلومات المتوفرة لديهم عن حالة الإعاقة تكون في العادة قاصرة، مما يجعل من الصعب الاستفادة منها في الموقف.

ولذا نجد أن ردود أفعال الوالدين تجاه الإعاقة هي ردود فعل الصدمات التي يطغى عليها انفعالات الغضب والحزن والخوف الشديد، وأحياناً يشوبها السخط والشعور بالذنب، مما يجعلهم بحاجة إلى من يأخذ بأيديهم إلى الوضع الطبيعي حتى يكون بإمكانهم مساعدة الطفل المعاق عقلياً، وهو دور المرشدين الذين يعملون مع آباء المعاقين فهم يحتاجون إلى مساعدة إرشادية لتساعدهم على حل مشكلاتهم اليومية.

كذلك يشرح لنا Hallahan,D.(1991) معادلة يوضح من خلالها تفسير نسبيه الانضغاط عندما يكتشف الوالدان أن لديهما طفلا معاقا فهو يرى أن المعادلة تنص على أن $X = A \times B \times C$ وهي تعني أن تأزم الوالدان وردود أفعالهما تجاه الإعاقة هو محصلة لثلاثة عوامل وهي:

A= الحادث الضاغط أي وجود طفل معاق عقليًا ونوعه، وترتيبه في الأسرة ومستوى الإعاقة.

B = قدرة الوالدين تحمل مشكلة الطفل وهي تشمل مستوى الأسرة الثقافي والاجتماعي والاقتصادي ومستوى العلاقة الزوجية ومدى تماسكها.

C = اتجاه الوالدين تجاه الإعاقة العقلية والمعلومات المتاحة عنها وهي تشمل شخصية الوالدين ومستوى التدين لديهم ومستوى إدراكهم لهذا الموقف المتأزم فالبعض يراها بمثابة كارثة أحلت به ويتشاءم ويعجز والبعض الآخر ينظر إليها على أنها ابتلاء من الله يجب الصبر عليها.

ولقد اهتمت بعض الدراسات بأهمية تقديم البرامج الإرشادية للوالدين بصفة عامة، وذلك لخفض المشكلات لدى الأطفال حيث تهتم بتعليم وتدريب الوالدين انطلاقاً من سعيها للوصول إلى مجتمع متكامل، يتسم فيه الأفراد بالنضج والثقة بالنفس والمشاركة والقدرة على تكوين علاقات جيدة بين أفراد الأسرة الواحدة، هذا بالإضافة إلى زيادة قدرتهم على مواجهة مشكلاتهم وكيفية تقديم الحلول المناسبة لها، فإذا استطاع الوالدان تقديم الرعاية المناسبة وتوفير احتياجات أطفالهم نما هؤلاء الأطفال نمواً سليماً، وينعكس ذلك على درجة توافقهم وصحتهم النفسية. Munllin E & Quigley, K.(1994).

ومن الدراسات ما اهتمت من خلال برنامجها الإرشادي بتحسين التفاعل الأسري بل والوصول إلى درجة من التطابق بين أعضاء الأسرة، حيث أشارت نتائج هذه الدراسات إلى فاعلية برنامج التفاعل الأسري في تحقيق التفاعل الإيجابي بين الوالدين الذي يعكس زيادة درجة توافقهم مع أبنائهم.

Landy, S. et al.(1997), Hemphill, S & Littlefield (2001)

كذلك هناك بعض الدراسات التي وجدت أن السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين سمعيًّا يرجع إلى عدم تقبل الوالدين للطفل وافتقار الوالدين إلى

أساليب الاتصال المناسبة مع أبنائهم المعاقين وأساليب التنشئة الخاطئة والتفكك الأسري، ومن ثم لجأت إلى ضرورة ممارسة الإرشاد الأسري مع الوالدين. Blankenship (1993) .

هذا بينما ركزت دراسات أخرى على التعرف على فاعلية العلاج الأسري في تحسين مفهوم الذات لدى الأطفال ذوي الإعاقات السمعية، وذلك عن طريق تقرير ذاتي للوالدين واستخدام ملاحظة سلوك الطفل مما أدى إلى تحسن واضح في مفهوم الطفل الأصم عن ذاته. (Steinberg,(1997.

كذلك الأمر بالنسبة لآباء الأطفال المعاقين عقلياً فنجد أنهم يطلبون المساعدة ويحتاجون إليها، وقد لا يفهمون لماذا طفلهم معاق عقليًا، وهم قد يشعرون بأنهم آثمون ويستحقون اللوم على شيء فعلوه، وقد يستجيبون برفض هذا الطفل المعاق، ولذا فهم في حاجة إلى أن يعرفوا نوع المناخ المطلوب في المنزل ونوع التدريب الذي سيحتاجه الطفل لينمي إمكاناته المحدودة(Stewart (1986:54 .

وفي هذا الصدد أشار عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوي (١٩٩٨) من خلال اطلاعهم على كثير من الدراسات، أن احتياجات أسر الأطفال المعاقين متنوعة فهي ما بين معرفية تشمل معلومات حول الطفل المعاق وخصائصه وأسباب إعاقته وكيفية التعامل معه، والحاجة إلى التدريب على كيفية التعامل مع الطفل المعاق والحاجة إلى المساعدات المالية والخدمات الطبية والمجتمعية .

ولقد اهتم كثير من الباحثين بالتعرف على الأداء الوظيفي لأسر الأطفال المعاقين، حيث أشارت دراساتهم إلى أن وجود طفل معاق داخل الأسرة يجعلها أكثر عرضة للاضطراب والتفكك، مما ينعكس بوضوح على الأداء الوظيفي لتلك الأسر، ويتمثل ذلك في المناخ الأسري والعلاقات الزوجية ودرجة تماسك هذه الأسر والقدرة على أداء أدوارها والقيام بالمسئوليات المنوطة بكل فرد فيها .Delambo,K.(2003),Farrington,D(2004)

كما أكد البعض على أن الأداء الوظيفي لأسر المعاقين يتسم بالقصور في أداء الوظائف والتواصل بين أعضاء النسق الأسري، وعدم القدرة على مواجهة وحل المشاكل. سميرة أبو الحسن، (٢٠٠٦)، (Heru,A. (2004 ويرى Vance et al.(2004) أن وجود طفل معاق داخل الأسرة يمثل عبئا كبيرا على الوالدين بل وعلى أفراد الأسرة ككل مما يؤدي إلى ضعف في البناء الأسري.

ونظراً لأهمية التدخل الأسري في مجال ذوي الاحتياجات الخاصة، نجد أن هناك بعض الدراسات حاولت التحقق من فاعلية برنامج لتحسين مهارات التواصل لأفراد الأسرة في ظل الصراعات الأسرية الناتجة عن وجود الطفل المعاق بالإضافة إلى تحسين المهارات الاجتماعية للطفل، حيث أشارت نتائج تلك الدراسات إلى فاعلية البرنامج في تحسين مهارات التفاعل الاجتماعي بين أفراد الأسرة متمثلة في تنمية مهارات الإنصات والفهم مما انعكس على التفاعل الأسري.

كذلك توصل (Greenberg,(1985 من خلال دراسته على المعاقين سمعيًّا وأسرهم أن إشراك أعضاء النسق الأسري (خاصة الوالدين) في برنامج رعاية الطفل يلعب دوراً أساسيًّا في التخطيط لتنشئة هذا المعاق، وذلك لأنه يبني جسورا من الثقة والألفة بين الوالدين، ويخلق إحساساً بالمسئولية والمساعدة وينمي قدرتهم على التواصل بكفاءة مع طفلهم المعاق، هذا بجانب أن برنامج الإرشاد الأسري يعمل على إقناع الوالدين بأن التوقعات الإيجابية لهما تؤثر بالإيجاب على البناء النفسي لهذا الطفل.

كما حاول (Bissell (1990 بناء نموذج ثلاثي من خلال دراسته يرتكز على تعليم الوالدين الذي لديهما طفل معاق كيفية التواصل مع هذا الطفل عبر لغة الإشارة، مع التركيز على بعض النقاط مثل عدم مقاطعته أثناء التحدث إليهم والانتباه الجيد له، وزيادة تقبلهم لهذا المعاق والاهتمام بل وتشجيع كل عضو في النسق الأسري على التعبير عن مشاعره بحرية حتى الطفل المعاق .

ولقد أشار Bissell  إلى أن هذا النموذج ساعد الوالدين على زيادة التعرف على الطفل المعاق واحتياجاته ومشكلاته، كما ساعد أيضاً في تغير اتجاهات الوالدين نحو الطفل المعاق ومشكلاته المدرسية وأصبح بالتالي دورهم أكثر إيجابية في حياة الطفل.

وتوصل Lerner(1998) من خلال دراسته لطفلة معاقة سمعياً إلى أن الإرشاد الأسري يسهم في تحسين التفاعل الأسري ويصبح كل عضو في الأسرة أكثر فهماً وإنصاتاً للطرف الآخر، هذا بالإضافة إلى أن البرنامج يعمل على إعادة بناء الهيكل الأسري ويجعله أكثر تماسكاً ومدعماً نفسيًّا لأفراد النسق الأسري مما أدى إلى اكتساب الوالدين مهارات التعامل مع طفلهم المعاق.

ودراسة ريتشارد Richard (2003) ركزت على الأنظمة الأسرية التي تحدد نماذج التفاعل بين الوالدين والأبناء والعلاقات الاجتماعية بين الأفراد بصفة عامة، مستخدمة في جمع تلك المعلومات الملاحظة المباشرة، والمقابلات وشرائط الفيديو، وذلك إيماناً منها بأن توفير تلك المعلومات وتحليلها للتعرف على ردود الأفعال التفاعلية للأسرة مع الأطفال المعاقين سمعياً، وعمل برامج التدخل المبكر بناء على هذه المعلومات حيث أدى ذلك توافق في الأفكار  بين أفراد الأسرة وبين الأسرة والمهنيين القائمين على برامج التدخل، كذلك أدى أيضاً إلى نمو ووضوح الرؤية لدى أسرة المعاق نحو أطفالهم الصم.

ومن خلال استعراضنا  للدراسات السابقة نجد أن غالبية الدراسات أجمعت على أهمية التدخل الأسري في مجال ذوي الاحتياجات الخاصة؛ نظراً لشدة وتنوع احتياجات أسر الأطفال المعاقين فهي ما بين معرفية تشمل معلومات حول الطفل المعاق وخصائصه وأسبابه وكيفية التعامل معه إلى الحاجة للتدريب على التعامل معه. عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوي (١٩٩٨).

ولذا نجد أن هناك مجموعة من الدراسات اهتمت بتقديم البرامج الإرشادية للوالدين لخفض المشكلات لدى الأطفال المعاقين مثل السلوك العدواني أو تعديل

مفهوم الذات لدى الطفل.(1993) Blankenship، Cunningham et al. (1995)،(1997) Steinberg .

ولكن هناك مجموعات من الدراسات لم تكتف بتقديم البرامج الإرشادي للوالدين فقط وإنما وضعت في اعتبارها أهمية الأنظمة الأسرية التي تحدد نماذج التفاعل بين الوالدين والعلاقات الاجتماعية بين أفراد النسق الأسري، وذلك إيماناً منها بأهمية توفير تلك المعلومات، وعمل برامج إرشادية تهدف إلى تحسين الأداء الوظيفي للأسرة، وذلك من منطلق أهمية إشراك أعضاء النسق الأسري خاصة الوالدين في برامج رعاية الطفل المعاق حيث يلعب ذلك دوراً أساسيًّا في التخطيط لتنشئة هذا الطفل المعاق. Greenberg (1985), Bissell(1990), Leonard (1998), Schoenwold (1984) .

ومجموعة من الدراسات اهتمت بتحسين التفاعل الأسري والوصول إلى درجة من التطابق بين أعضاء الأسرة وذلك لتحقيق التفاعل الإيجابي بين الوالدين الذي يعكس زيادة في درجة توافق الوالدين مع الأبناء.

Routh,C.et al.(1995),Haepssly,J.(1995) , Hemphill,S.& Littlefield(2001)

كذلك نجد مجموعة أخرى من الدراسات هدفت إلى التعرف على الأداء الوظيفي لأسر المعاقين حيث وجدت أنه يتسم بالقصور في أداء الوظائف والتواصل بين أعضاء النسق الأسري والتي أرجعت هذا القصور إلى وجود طفل معاق داخل الأسرة مما يجعلها عرضة للاضطراب والتفكك. سميرة أبو الحسن، (٢٠٠٦) Heru.A.(2004), Farrington,D(2004) , Delambo,K. (2003) .

ولقد طبقت المؤلفة البرنامج على مجموعة من أسر (٢٤ أسرة) الأطفال ممن لديهم طفل معاق وتتراوح أعمار الوالدين الزمنية بين ٣٨-٥٠ عاماً وهم من الأسر ذات المستوى الاجتماعي الاقتصادي المتوسط ، ممن حصلوا على أدنى الدرجات على مقياس الأداء الوظيفي الوالدي وتم تقسيمهم كالتالي:

- (١٢) أسرة ممن لديهم طفل معاق عقلياً من فئة القابلين للتعلم ،تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة بواقع (٦) أسر لكل مجموعة .
- (١٢) أسرة ممن لديهم طفل معاق سمعيًا ( تتراوح نسبة الصمم بين ٥٠-٧٥ ديسيبل) تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة بواقع (٦) أسر لكل مجموعة، ولقد استبعدت المؤلفة أسر الأطفال التي تعاني من أكثر من إعاقة.
- ولقد استخدم الأدوات التالية :

**مقياس الأداء الوظيفي الأسري:** (إعداد أ.د/ سهير محمود أمين)

بعد الاطلاع على التراث السيكولوجي المتعلق بموضوع الأداء الوظيفي الأسري والدراسات السابقة في هذا المجال مثل الدراسات التي أوضحت أن هناك سوءا في الأداء الوظيفي المتمثل في أبعاد المناخ الأسري والعلاقات الزوجية والمهام واضطراب أداء الأدوار والمسئوليات داخل أسر الأطفال المعوقين.

Heru, A(2004), Delambo,K., (2003) Erich,S. & Patrick, L.(1998)

تم التوصل إلى عدد من العبارات التي تعبر عن الأداء الوظيفي الوالدي وأسلوب وطريقة الوالدين في القيام بوظائفها وطريقة التفاعل والتواصل بين أفراد الأسرة ومدى قدرتها على مواجهة المشكلات الأسرية ومن ثم تم تصميم المقياس بحيث صنفت العبارات على أساس سبعه أبعاد وذلك وفقاً للتكرار والتطابق بين الدراسات والمقاييس السابقة وهي كالتالي:

### ١- القيام بالأدوار الاجتماعية:

وهي تعني التزام كل فرد في الأسرة في القيام بمسئولياته تجاه أسرته، وبتوزيع المهام داخل الأسرة بصورة عادلة.

### ٢- العلاقات الأسرية:

وهي تقيس مدى كفاءة التفاعل الأسري وذلك من خلال التعرف على نوعية وقوة العلاقات الأسرية وروابط الحب بين أفراد الأسرة وهل تتسم تلك العلاقات بالتقدير والاحترام.

### ٣- أسلوب حل المشاكل الأسرية:

وهي تقيس قدرة الأسرة على التصدي للمشكلات والمنازعات الأسرية، والوصول إلى حل أي نزاعات تنشأ في الأسرة، وذلك من خلال قدرتهم على تحديد المشكلة وإيجاد العديد من الطرق المختلفة والمتنوعة للحل،كذلك تقيس قدرة الأسرة على التوصل إلى قرارات الحل بعد دراسة جادة ومتأنية لجميع جوانب المشكلة.

### ٤- الحوار الأسري:

هذا البعد يقيس قدرة أفراد الأسرة على إقامة الحوار والتعبير عن رأيهم بصراحة ووضوح، وقدرتهم على تركيز الانتباه مع المتحدث وعدم المقاطعة أثناء الحديث واحترام وجهة نظر الآخر.

### ٥- معايير الضبط والنظام الأسري:

هذا البعد يقيس قدرة الأسرة على التخطيط السليم لأي نشاط تقوم به، والقدرة على ضبط سلوك باقي الأفراد وتعليمهم القواعد الأسرية والمعايير الخاصة بالثواب والعقاب .

### ٦- تلبية الحاجات النفسية:

يقيس قدرة الأسرة توفير الشعور بالأمان والاطمئنان لأفرادها، وعلى توفير مناخ أسري يتسم بالاحترام والتقدير ورعاية أبنائها من كل الجوانب النفسية والاجتماعية.

### ٧- الدعم الأسري:

يقيس قدرة الأسرة على تدعيم أفرادها نفسيًّا، وذلك من خلال الإيمان بأن التعاون والمساندة مبدأ أساسي والحرص على العمل بروح الفريق الواحد.

**البرنامج الإرشادي:** إعداد المؤلفة:

تعتبر البرامج الإرشادية في مجال الأسرة هامة جداً لتدريب وتزويد الوالدين بالمعلومات التي تساعدهم على رعاية وتنشئة أطفالهم حيث يرى البعض أن مشكلات الأطفال ما هي إلا نتيجة لتفاعلات أسرية خاطئة وذلك لأن الطفل المضطرب ما هو إلا حالة داخل نسق أسري مضطرب وهذا النسق يحتاج إلى إرشاد وعلاج الأنساق الفرعية. Bandororoff, s.(1993),Sutherland,(1996) .

ولهذا اهتم المتخصصون في هذا المجال بإعادة بناء الأسرة من خلال معالجة التسلسل الهرمي للأسرة وتقوية الأفراد الذين هم في مركز الضعف، ويبدأ الإرشاد الأسري بالاهتمام بالشخصيات صاحبة النفوذ ويعدل سلوكياتها متوجهاً لأسفل وهم أضعف الأعضاء في الأسرة.

ويعد هذا البرنامج من الأدوات الأساسية التي تم تصميمها لخدمة أهداف هذه الدراسة، إذ إنه يهدف إلى تحسين الأداء الوظيفي الوالدي في أسر الأطفال المعاقين عقلياً والمعاقين سمعياً إذ يعد الإرشاد الأسري جزء لا يتجزأ من برامج رعاية المعاق، وخط الدفاع الأول للوقاية من الوقوع في براثن الاضطرابات والمشكلات النفسية التي تؤثر بالسلب على الطفل المعاق.

وأثبتت بعض الدراسات أن وجود طفل معاق داخل الأسرة ينشأ عنه قدر كبير من الضغوط وما يتبعها من تغير في أساليب الأداء الوظيفي الأسري Satir, et al. (1975), Delambo,K., (2003)وهذا يتطلب عمل برامج إرشادية للأسرة لأن توافق الطفل المعاق نفسياً واجتماعياً لا يرتبط بخصائصه وقدراته فقط، وإنما يرتبط أيضاً بالمناخ الأسري وما يوفره من عوامل تسهم في الحد من مضاعفات الإعاقة والوصول بالطفل إلى التوافق النفسي والاجتماعي.

واعتمدت المؤلفة على المداخل النسقية في إرشاد الأسرة وحاولت الاستفادة من نظريات الإرشاد الأسري خاصة النموذج البنائي Structural Model حيث

يركز على تكوين (بناء) الأسرة والعلاقات الشخصية بين أفرادها، وطرق التفاعل وأساليب التواصل، خاصة أن هذا النموذج يقوم على أساس أن التغيير في البناء والوظيفة يكون عن طريق إزالة الأنماط المرضية من النسق الأسري مما يؤدي إلى تغيير في وظائف الأسرة وحدوث تغيير في القواعد التي تحكم التفاعلات الداخلية، وبالتالي يحدث تغيير وفي طبيعة العلاقات ويتغير النسق الأسري حيث يمكننا أن نعيد ترتيب بناء الأسرة مرة ثانية، ولهذا حاولت المؤلفة الاستفادة من نظريات الإرشاد الأسري بالإضافة إلى فنيات بعض الاتجاهات والنظريات الإرشادية ومن أهم الفنيات المستخدمة ما يلي:

**(١) المحاضرة:**

يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تقديم معلومات لأعضاء النسق الأسري عن نوعية الإعاقة من حيث أسباب الإعاقة والضغوط النفسية الناتجة عن وجود طفل معاق، والتي تجعل الأسرة عرضه للاضطراب والتفكك ودور الأسرة في تخفيف تلك الآثار والضغوط النفسية، ومن ثم يكون هدف هذه الفنية هو إعادة البناء المعرفي لأعضاء النسق مما يساعده على النمو النفسي السليم للطفل المعاق.

**(٢) فنيه الحوار:**

تتمثل هذه الفنية في أن استخدام أسلوب المناقشة الجماعية يتيح لأفراد الجماعة الفرصة لتبادل الخبرات والمهارات في التعامل مع الآخرين والمواقف المتباينة، حيث أن المناقشة تلعب دوراً كبيراً في تغيير الاتجاهات التي يتبعها الوالدان داخل أسرهم، كذلك يتمثل الهدف التطبيقي لفنية الحوار من خلال إعادة البناء المعرفي للأفراد المشاركين في البرنامج، وتدريبهم على التواصل وتشجيعهم على الحوار والمناقشة، بالإضافة إلى أن هذه الفنية تساهم في التحليل المنطقي للأفكار اللاعقلانية بالنسبة للطفل المعاق وتفنيد الاستنتاجات غير الواقعية ودحضها بالإقناع.

### (٣) إعادة الصياغة Reframing :

يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في مساعدة الوالدين على إدراك المشاكل القائمة في الأسرة، وإعادة الهيكلة أي إعادة تشكيل المواقف التي تواجه الوالدين تساعدهما أيضاً على صياغة الأفكار اللاعقلانية الخاصة بالطفل المعاق وسلوكه وتبني رؤية جيدة.

### (٤) المناقشة التأملية Reflective Discussion:

ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في طريقة استدعاء أفراد الأسرة للحوادث والخبرات السابقة والأفكار المتبادلة بينهم حول هذه الخبرات، وذلك لتكوين قدر من الاستبصار بالمواقف الحالية للأسرة، ومن ثم فهي تشمل التوضيح والتفسير لتلك المواقف وتصحيح المشاعر وربط الأحداث الحاضرة بالماضي .

### (٥) تجسيد الأسرة Family Sculpting :

تعتبر فنيه التجسيد الأسري من الفنيات الإرشادية الهامة حيث يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في التعرف على طبيعة أداء النسق الأسري.

وطريقة تواصلهم من خلال تمثيل بعض المواقف الموجودة داخل النسق، أو إعادة تمثيل مواقف سابقة مما يؤدي زيادة وعي أعضاء الأسرة خاصة الوالدين بطبيعة العلاقات بينهما وأنماط التواصل وأداء الوظائف داخل النسق الأسري (Smith, R. et al. 1992)

### (٦) لعب الدور وتبادل الدور Role Playing & Role Reversal :

يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية بأن تترك الفرصة لكي يعبر عضو الأسرة عن مشاعره للآخر، ثم يلعب دور الآخر ويستمر في الحوار، أي إسناد الدور للعضو ثم تبادل الأدوار ومن ثم يتمثل الهدف الإرشادي من فنيه لعب الدور في معايشة عضو الأسرة للدور ومسئولياته.

**(٧) التدريب التوكيدي Assertive Training:**

من خلال هذه الفنية يتم تدريب عضو الأسرة (الوالدين) التعبيرعن مشاعره للآخر وأفكاره والدفاع عن حقوقه بشكل إيجابي ومن ثم يكون الهدف الإرشادي من هذه الفنية هو الإيجابية في العلاقات الاجتماعية وزيادة الوعي بالحقوق الشخصية .

**(٨) التدريب على مهارة التواصل Communication Skill:**

تعتبر نماذج التواصل من العوامل الهامة في الصحة النفسية للأسرة ومن ثم يجب التركيز على نماذج التواصل الخاطئة والعمل على بناء مهارة تواصل جيدة بين أعضاء الأسرة، والبحث عن نماذج التواصل الخاطئة التي يمكن أن تمزق النسق الأسري ومعالجتها.

ولذا نجد أن الهدف التطبيقي لفنية بناء التواصل الأسري هو بناء قنوات للتواصل الجيد خاصة في حالة عدم وجود تلك القنوات بين الأنساق داخل الأسرة، فمثلاً يحاول المرشد تدريب الوالدين على التعبير بطريقة إيجابية عن أنفسهم، والتدريب على مهارة الإنصات باعتبارها من أكثر الآليات للانسجام مع الآخرين وعقد رباط الصداقة والحب وهى تتمثل في القدرة على الإنصات إليهم بتعاطف وفهم، والشخص الذي يجيد الإنصات هو شخص واع ومتفهم يستطيع فهم الآخر، لأنه ينصت إليه، فالفرد لا يستطيع أن يفهم الآخر ما لم يكن لديه الرغبة في الإنصات إليه بعناية وتعاطف وصبر (لس جبلين، ٢٠٠٢:١٥٣).

ومن ثم فإن هذه الفنية تساعد الوالدين على إيجاد الفهم المتبادل للرسائل وفهم التواصل اللفظي وغير اللفظي داخل النسق الأسري (Smith, R.etal. 1992).

(٩) التغذية الراجعة Feedback :

وهي تعني تزويد الفرد بمعلومات عن تأثيرات سلوكه والتغذية الراجعة توجه السلوك في الحاضر وفي المستقبل وقد تحدث تغييرات في الدافعية أو تقدم خبرة تعلم جديدة.

**التخطيط للبرنامج:**

**١-الأهداف العامة:**

يهدف البرنامج إلى إعادة تنظيم النسق الأسري" خاصة الوالدين " وتحسين التواصل الأسري وتدريب الوالدين على طرق جديدة لمواجهة الاضطرابات الأسرية.

**٢-الأهداف الإجرائية:**

تغيير السلوك لأعضاء النسق الأسري " خاصة الوالدين " من خلال التدريب على النقاط التالية:

- التدريب على التعامل معاً لمواجهة المواقف الحياتية.
- التدريب على طرق جديدة لمواجهة الاضطرابات الأسرية.
- العمل على توفير مناخ يتسم بالاحترام والتقدير.
- التدريب على رعاية الجوانب النفسية لأطفالهم (بما فيهم الطفل المعاق).
- تشجيع الوالدين على العمل بروح الفريق الواحد.
- التدريب على التخطيط السليم لأي نشاط تقوم به الأسرة.
- التدريب على بعض المهارات البينشخصية لتحسين كفاءة التفاعل بين أعضاء الأسرة مثل أساليب المناقشة الإيجابية والمشاركة في اتخاذ القرار.

- إكساب الوالدين مهارات التواصل السليم مثل التدريب على مهارة الإنصات والحوار الإيجابي البناء.
- تشجيع الوالدين على التعبير عن رأيهم بصراحة ووضوح.
- التدريب على عدم المقاطعة أثناء الحديث واحترام وجهة نظر الآخر.
- التدريب على التصدي للمشكلات والمنازعات الأسرية.
- تشجيع الوالدين على إقامة علاقات تتسم بالحب والدفء
- تشجيع الوالدين على مساندة بعضهم البعض في أوقات الأزمات.
- تشجيع الوالدين على الالتزام بأداء الأدوار والمسئوليات المنوطه بهما داخل الأسرة.

استمر تطبيق البرنامج شهرين وأسبوعين بواقع جلستين في الأسبوع الواحد.

**٣- مراحل تطبيق البرنامج:**

يمر البرنامج بأربع مراحل وهي :

**مرحلة البدء ( جلستان ):**

ويتم من خلالها التعارف بين المؤلفة والأفراد المشاركين في البرنامج مع عرض لأهداف البرنامج ومحتواه بشكل عام، كذلك التعرف على طبيعة المشكلات والمنازعات الأسرية.

**مرحلة الانتقال ( أربع جلسات):**

وهي تضم الجلسات من الثالثة إلى العاشرة ويستخدم فيه المحاضرة والمناقشة والحوار وإعادة البناء المعرفي والتي تهدف إلى ما يلي:

(١) تبصير الوالدين بالمواضيع التالية:

- مفهوم الإعاقة [ (إعاقة سمعية) أو (إعاقة عقلية) ]
- تبصير الوالدين بخصائص الطفل المعاق سمعياً (أو عقلياً) (الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية) .
- تبصير الوالدين بالأساليب السوية في التنشئة الاجتماعية للطفل المعاق سمعياً (أو عقلياً) .
- المشكلات [النفسية والاجتماعية والتعليمية] التي تواجه الطفل المعاق وتأثيرها على الأسرة.
- تصحيح المفاهيم الخاطئة عن الإعاقة السمعية (أو العقلية).
- تبصير الوالدين بالحاجات النفسية للطفل المعاق وكيفية تلبيتها.
- (٢) التعرف على طبيعة العلاقات والتفاعلات الأسرية:
- التعرف على أنماط التواصل بين أعضاء الأسرة.
- تحديد المشكلات التي تواجه الأسرة.
- التعرف على الأدوار التي يقوم بها كل فرد.
- تبصير الوالدين بأن النسق الأسري الضعيف يعد من أهم الأسباب في شعور الأسرة بالضغوط النفسية، وعدم قدرتها على مواجهة المشاكل الناتجة عن وجود طفل معاق في الأسرة.
- تحديد المنازعات والعمليات المرضية داخل أسرة المعاق وطريقة تناولهم لحل هذه المشكلات والمنازعات.

مرحلة العمل البناء:

وهي تضم الجلسات من الحادية عشرة إلى الثانية والعشرين ويتم من خلالها العمل على إشباع احتياجات أسرة المعاق سمعيًا (أو عقليًا) وتعديل النسق الأسري وتحسين التواصل بين الوالدين وتدريبهم على طرق جديدة لمواجهة الاضطرابات والمشكلات الأسرية الناتجة عن وجود معاق داخل الأسرة، وذلك من خلال استخدام فنيات إعادة التشكيل ، التدريب التوكيدي ، الدور ولعب الدور،إعادة الصياغة ، التجسيد الأسرى **وهذه المرحلة تهدف إلى ما يلي:**

- إعادة تشكيل العلاقة بين الوالدين وتعديل العلاقات الأسرية.
- تدريب الوالدين على مواجهة المواقف الحياتية من خلال العمل بروح الفريق الواحد.
- تنمية التوكيدية لأفراد الأسرة من خلال تشجيعهم على التعبير عن رأيهم بصراحة ووضوح.
- تحسين أداء الوالدين لوظائفهما والالتزام بأداء الأدوار والمسئوليات.
- العمل على علاج العمليات المرضية التي تم التعرف عليها في المرحلة السابقة.
- تدريب الوالدين على توفير مناخ يتسم بالاحترام والتقدير.
- تدريب الوالدين على كيفية التصدي للمشكلات والمنازعات الأسرية.
- تعديل وبناء قواعد جديدة تحكم العلاقات الأسرية.
- تنمية مهارات تساعد الأسرة على تحسين كفاءة التفاعل بينهم مثل مهارة التواصل والإنصات والحوار الإيجابي.

مرحلة الإنهاء:

وهي تتضمن الجلسة الأخيرة حيث يتم بلورة الأهداف التي تحققت من خلال البرنامج مع التأكيد على اكتساب الوالدين للممارسات الجديدة والتي يمكنهم من استخدامها في المواقف اليومية في المستقبل بإذن الله والجدول رقم (١) يوضح التخطيط العام للبرنامج .

جدول (١) يوضح

التخطيط العام للبرنامج

| رقم الجلسة | أهـــــداف الجلسات | زمن الجلسة | الفنيات المستخدمة |
|---|---|---|---|
| (١) | **التمهيد والتعارف**<br>**بين المؤلفة وأفراد العينة**<br>- عرض أهداف البرنامج ومحتواه.<br>- الاتفاق على زمن ومكان الجلسات.<br>- تطبيق المقاييس. | ٩٠ دقيقة | |
| (٢) | - محاولة تنشيط دافعية الوالدين نحو التعليم والتدريب لتحسين الأداء الوظيفي الأسري.<br>- ملاحظة أساليب التفاعل الأسري.<br>- تدوين الملاحظات ومؤشرات تدني مستوى الأداء الوظيفي الوالدي وجمع البيانات. | ٩٠ دقيقة | الملاحظة غير المباشرة - المناقشة التأملية |
| (٣) و (٤) | - تعديل الأفكار والمفاهيم المرتبطة بالإعاقة.<br>- تبصير الوالدين بتأثير الإعاقة على مظاهر النمو الحركي واللغوي والانفعالي والاجتماعي والعقلي.<br>- الحاجات النفسية للطفل المعاق.<br>- مفهوم الإعاقة وأنواعها.<br>- العوامل المؤدية لحدوث الإعاقة.<br>- تبصير الوالدين بأساليب التنشئة غير السوية. | ٩٠ دقيقة | المحاضرة/ الحوار |

| الفنيات المستخدمة | زمن الجلسة | أهــداف الجلسات | رقم الجلسة |
|---|---|---|---|
| المحاضرة/ الحوار المناقشة التأملية/ التجسيد الأسري | ٩٠ دقيقة | **المشكلات التي تواجه الطفل المعاق وتأثيرها على الأسرة**<br>- التعرف على المشكلات التي تواجه الطفل المعاق.<br>- كيفية تصدي الأسرة للمشكلات.<br>- توضيح العلاقة بين مشكلات الطفل وأساليب التفاعل الأسري.<br>- توضيح العلاقة بين مشكلات الأسرة وأساليب التفاعل الأسري. | (٥) و (٦) |
| المحاضرة/ الحوار المناقشة التأملية التجسيد الأسري | ٩٠ دقيقة | **تحديد الضغوط النفسية التي تعاني منها أسرة المعاق**<br>- التعرف على المشكلات والضغوط كما يدركها الوالدين.<br>- التعرف على المشكلات والضغوط النفسية والعلاقة بينها وبين طبيعة علاقة أفراد الأسرة بعضهم ببعض.<br>- تحديد طبيعة العلاقات والتفاعلات وأساليب التواصل بين الوالدين.<br>- إعادة عرض المشكلات والضغوط النفسية بطريقة مختلفة يتم الانتقال من التركيز على تلك الضغوط إلى التركيز علىطبيعة العلاقات البينشخصية في الأسرة. | (٧) و (٨) |

| رقم الجلسة | أهـــداف الجلسات | زمن الجلسة | الفنيات المستخدمة |
|---|---|---|---|
| (٩) و (١٠) | **تحديد العمليات المرضية داخل أسرة المعاق**<br>- تبصير الوالدين بأن النسق الأسري الضعيف من أهم أسباب الضغوط النفسية التي تعاني منها أسرة المعاق.<br>- تحديد المنازعات والصراعات داخل أسرة الطفل المعاق وطريقة تناولهم لحل هذه الصراعات.<br>- التعرف على طبيعة العلاقات والتفاعلات الأسرية.<br>- التعرف على أنماط التواصل بين الوالدين.<br>- التعرف على الأدوار التي يقوم بها كل فرد في الأسرة ومسئولياته. | ٩٠ دقيقة | المحاضرة/ الحوار<br>- المناقشة التأملية.<br>- التجسيد الأسري.<br>- الملاحظة. |
| (١١) | **تعديل مفهوم النسق الأسري للوالدين**<br>- تبصير الوالدين بأن النسق الأسري الضعيف من أهم أسباب الضغوط النفسية التي يعاني منها والدي الطفل المعاق.<br>- المشكلات والاضطرابات النفسية لدى الطفل المعاق ترجع إلى التفاعلات المرضية داخل النسق الأسري. | ٩٠ دقيقة | المحاضرة / الحوار |
| (١٢) | **إعادة تعلق الوالدين بالطفل المعاق**<br>- العمل على بناء علاقة قوية مع الوالدين.<br>- تهيئة الوالدين لتعليم بعض المهارات البينشخصية.<br>- مساعدة الوالدين على إنجاز مهمة إعادة التعلق والارتباط بالأبناء (خاصة الابن المعاق). | ٩٠ دقيقة | - المناقشة التأملية.<br>- التجسيد الأسري.<br>- لعب الدور وتبادل الدور<br>- التغذية الراجعة. |

| رقم الجلسة | أهـــداف الجلسات | زمن الجلسة | الفنيات المستخدمة |
|---|---|---|---|
| (١٣) و (١٤) | **إعادة تشكيل العلاقة بين الوالدين:**<br>- مناقشة طبيعة العلاقة بين الوالدين.<br>- تصحيح التفاعلات الخاطئة بينهما.<br>- إكساب الوالدين بعض المهارات المفتقدة والمؤدية إلى اضطراب العلاقة بينهما.<br>- تحسين أداء وظيفة التعبير عن المشاعر الدافئة لكل منهما تجاه الآخر. | ٩٠ دقيقة | - التجسيد الأسري.<br>- لعب الدور وتبادل الدور.<br>- إعادة التشكيل.<br>- التغذية الراجعة. |
| (١٥) و (١٦) | الارتقاء بمهارة التواصل.<br>- إكساب الوالدين القدرة على التعبير بطريقة فعالة.<br>- تدريب الوالدين على مهارات التواصل الإيجابي: التحدث -الاستماع - الإنصات.<br>- تقديم إرشادات للوالدين لكيفية ممارسة الحوار الإيجابي بينهما.<br>- تشجيع الابن المعاق على التواصل مع الوالدين بطريقة إيجابية.<br>- تدريب الوالدين على مهارات المناقشة وأسلوب الحوار الإيجابي. | ٩٠ دقيقة | - المناقشة التأملية.<br>- التجسيد الأسري.<br>- لعب الدور وتبادل الدور.<br>- إعادة التشكيل. |

| رقم الجلسة | أهـــداف الجلسات | زمن الجلسة | الفنيات المستخدمة |
|---|---|---|---|
| (١٧) و (١٨) | تدريب الوالدين على السلوك التوكيدي:<br>- تدريب الوالدين علـى ممارسـة السـلوك التوكيدي.<br>- تبصير الوالدين بأهمية إشراك الابن المعاق في ممارسة السلوك التوكيدي.<br>- تدريب الوالدين على تقديم التعزيز الإيجابي للابن المعاق لتشجيعه على ممارسة السلوك التوكيدي داخل الأسرة.<br>- تدريب الوالدين وتشجيعهم على التعبير عن مشاعرهم نحو أفراد الأسرة. | ٩٠ دقيقة | - لعـب الـدور وتبادل الدور.<br>- النمذجة.<br>- التغذية الراجعة.<br>- إعادة التشكيل. |
| (١٩) | كيفية التصدي للمشكلات (تنمية مهارة حـل المشكلات)<br>- تدريب الوالدين على المواجهة Copying في المواقف التي تتطلب ذلك.<br>- التعرف على الطريقة التي يتبعها الوالدان لمواجهة المواقف الحياتية (المشكلات).<br>- تدريب الأسرة على العمل بروح الفريـق الواحد من خلال إشراكهم الوالدين جميعـاً في البحث عن حلول للمشكلات.<br>- تدريب الوالدين على خطوات حل المشكلة وتطبيقها على مشكلات حدثت بالفعل مـن قبل. | ٩٠ دقيقة | - المحاضـرة/ الحوار.<br>- النمذجة.<br>- التجسيد الأسري.<br>- التغذية الراجعة. |

| رقم الجلسة | أهداف الجلسات | زمن الجلسة | الفنيات المستخدمة |
|---|---|---|---|
| (٢٠) و (٢١) | **علاج العمليات المرضية في الأسرة (اللاأنسنة dehumanizing)**<br>- تبصير الوالدين بالتأثير السلبي لعملية اللاأنسنة (المعاملة بطريقة لا إنسانية).<br>- مناقشة بعض المواقف داخل الأسرة التي تتضمن سلوكيات تتسم باللاأنسنة.<br>- التقليل من لوم الآباء على الأبناء خاصة الابن المعاق وكثرة نقدهم باستمرار.<br>- تدريب الوالدين على سماع وجهة نظر الطفل المعاق واحترام رأيه.<br>- تدريب الوالدين على سماع الرأي المعارض والمؤيد.<br>- تدريب الوالدين على المشاركة في اتخاذ القرار. | ٩٠ دقيقة | - المحاضرة/ الحوار.<br>- لعب الدور وتبادل الدور.<br>- إعادة التشكيل.<br>- التغذية الراجعة.<br>- التجسيد الأسري. |
| (٢٢) | **علاج العمليات المرضية في الأسرة "سوء أداء الوظائف الأسرية"**<br>- مناقشة الوالدين في الوظائف المطلوبة منهما.<br>- تصحيح الأدوار.<br>- تحديد المسئوليات والواجبات لكل من الوالدين والطفل المعاق.<br>- إعادة توزيع الأدوار والمسئوليات على أفراد أسرة الطفل المعاق في صورة مهام محددة. | ٩٠ دقيقة | - المناقشة التأملية.<br>- لعب الدور وتبادل الدور.<br>- إعادة التشكيل.<br>- التجسيد الأسري.<br>- التغذية الراجعة. |
| (٢٣) | **جلسة ختامية**<br>- يتم من خلالها بلورة الأهداف والتأكيد على المحافظة على تلك الممارسات المكتسبة واستخدامها في المواقف الحياتية. | ٩٠ دقيقة | |

## جلسات البرنامج الإرشادي لتحسين الأداء الوظيفي

## لوالدي الأطفال المعاقين سمعياً (أو عقلياً)

الجلسة رقم (١): تعارف بين المؤلفة والأسر المشاركة في البرنامج وذلك من خلال إقامة علاقة ودية بين المؤلفة والوالدين المشاركين في البرنامج:

الأهداف:

- عرض أهداف البرنامج ومحتواه.
- الاتفاق على زمن ومكان الجلسات.
- تطبيق المقاييس.

### الجلسة رقم (٢):

**الأهداف : محاولة تنشيط دافعية الوالدين نحو التعليم والتدريب لتحسين الأداء الوظيفي الأسري مع توضيح مبسط لأثر ذلك على رعاية الطفل المعاق:**

- قامت المؤلفة بملاحظة أساليب التفاعل الأسري بين أفراد الأسرة أثناء الجلسة الإرشادية، مع تدوين الملاحظات التي يمكن تنفيذها في البرنامج وجمع البيانات المختلفة المؤدية لتدني مستوى الأداء الوظيفي لدى أفراد الأسرة.
- تكليف أفراد الأسرة بكتابة تصور لكل منهم حول المشكلات الناتجة عن وجود طفل معاق بينهم في مواقف الحياة اليومية، وكيفية تصدي كل منهم لهذه المشكلات.

### الجلسة رقم (٣) و(٤):

**العنوان:** تعديل الأفكار والمفاهيم المرتبطة بالإعاقة السمعية.

**الأهداف:** تقديم محاضرة عن الإعاقة السمعية مفهومها / أنواع الصمم.

- تعديل الأفكار والمفاهيم المرتبطة بالإعاقة السمعية وأنواعها والعوامل المسببة لحدوث الإعاقة.
- تبصير الوالدين بأثر الإعاقة السمعية على نمو المعاق سمعياً.

**الأساليب المستخدمة:** أسلوب المحاضرة/ المناقشة والحوار/ الواجب المنزلي.

**لقد تم التطرق إلى النقاط التالية:**

أ- مفهوم الصمم. ب- أنواع الصمم.

**ج- العوامل المسببة لحدوث الإعاقة السمعية:**

- العوامل الوراثية. - العوامل البيئية.

**ب- تأثير الإعاقة على النمو:**

- الخصائص اللغوية. - الخصائص المعرفية.

- التحصيل الأكاديمي. - الخصائص الاجتماعية/ الانفعالية.

**الجلسة رقم (٥)، و(٦):**

**العنوان:** المشكلات التي تواجه الطفل المعاق وتأثيرها على الأسرة:

**الأهداف:** التعرف على المشكلات التي تواجه الطفل المعاق.

- كيفية تصدي الأسرة للمشكلات التي تواجه الطفل المعاق.
- توضيح العلاقة بين مشكلات الطفل المعاق وأساليب التفاعل الأسري.
- توضيح العلاقة بين مشكلات الأسرة وأساليب التفاعل الأسري.

**الفنيات :** (المناقشة التأملية/ التجسيد الأسري)

**الإجراءات :**

- المناقشة الجماعية بين المؤلفة وأفراد الأسرة.

- الاستعانة بألبوم صور الأسرة لتوضيح العلاقات الأسرية وأساليب التفاعل غير اللفظي بين أفراد الأسرة.
- مناقشة بعض الأفكار الخاطئة واللاعقلانية المرتبطة بظهور هذه المشاكل مثل:
  - o المشكلات الحركية.
  - o المشكلات النفسية (سوء التكيف، الجمود - مستوى الطموح غير الواقعي - عدم الاتزان الانفعالي - الانطواء والانسحاب - العدوان والتمرد).
  - o المشكلات اللغوية: مثل التأخر الكلامي - عيوب في النطق.
  - o المشكلات الاجتماعية والانفعالية: مثل افتقار قدرة المعاق على التواصل الاجتماعي - التمركز حول الذات - القصور في النضج الاجتماعي.
  - o تبصير الوالدين بأساليب التنشئة غير السوية وعلاقتها بظهور المشكلات لدى الطفل، مع التأكيد على قدرة الابن المعاق على رعاية نفسه خاصةً إذا تم تدريبه على بعض المهارات الحياتية ومن ثم يجب عدم استخدام أسلوب الحماية الزائدة أو التدليل مع التركيز على استخدام الأساليب السوية.

لقد تم عمل جلسات خاصة بالمعاق عقلياً بالتوازي مع الجلسة رقم(٣) وحتى الجلسة رقم(٦) بحيث تحتوي على المواضيع ذات الصلة بالمعاق عقليًّا وذلك مع الأسر التي لديها طفل معاق عقلياً.

## الجلسة رقم (٧)، (٨):

**الأهداف:**

- o تحديد الضغوط النفسية التي تعاني منها الأسرة.

- التعرف على المشكلات والضغوط النفسية كما يدركها أفراد الأسرة.
- التعرف على مدى إدراك أفراد الأسرة لتلك الضغوط النفسية والعلاقة بينها وبين طبيعة علاقة أفراد الأسرة بعضهم ببعض.
- تحديد طبيعة العلاقات والتفاعلات وأساليب التواصل بين أفراد الأسرة.
- تحديد العمليات المرضية المؤثرة في ظهور المشكلات الأسرية.
- إعادة عرض المشكلات والضغوط النفسية بطريقة مختلفة يتم فيها الانتقال من التركيز على تلك الضغوط والمشكلات إلى التركيز على طبيعة العلاقات البينشخصية بين أفراد الأسرة.

**الفنيات:** المحاضرة/ الحوار، المناقشة التأملية ،تجسيد الأسرة.

**الإجراءات – الضغوط النفسية:** والمتمثلة في الآثار النفسية من مشاعر الخوف والإحباط حيث تظهر في هذه المرحلة مظاهر سيكولوجية تؤدي إلى الاكتئاب والعزلة، كما أن القلق يعتبر مظهرا من مظاهر الضغوط النفسية التي تعاني منها أسرة المعاق، بسبب عدم تكيف الأسرة مع إعاقة الابن التي تعد مشكلة كبيرة بالنسبة لهم، ابتلاء أو لعنة أو مأساة أو علامة عار لا تمحى إلا بموت الطفل، وكثير من الآباء يظهرون الحسد تجاه غيرهم من الآباء الذين لديهم أطفال أسوياء.

**الآثار الاجتماعية لدى الأسرة:** حيث تؤثر طبيعة الإعاقة على العلاقات الاجتماعية الأسرية ككل مما يعكس كثير من المشاكل النفسية الاجتماعية على الأسرة، حيث وجود علاقات اجتماعية غير مستقرة وتتأثر الحياة الزوجية بعد حدوث الإعاقة بكثير من أنماط التفكك في العلاقات الاجتماعية.

**الآثار الاقتصادية:** تتعدد تلك الآثار حيث تسبب الإعاقة في حدوث تأثيرات سلبية على الدخل الاقتصادي للأسرة منها أجور العلاج الطبي والطبيعي وزيادة نفقات التعليم والتأهيل وشراء الأجهزة التعويضية.

- بعد مناقشة تلك الضغوط مع أفراد الأسرة يتم تناول النقاط التالية باستخدام أسلوب المناقشة التأملية وأساليب الملاحظة المباشرة.
- عرض كل فرد (أحد الوالدين) لمشكلاته الأسرية الناتجة عن وجود الطفل المعاق كما يشعر بها ويدركها.
- ثم إثارة المناقشة حول طبيعة الخلافات والصراعات التي تحدث بينهم ودور كل منهم في حل هذه الصراعات.
- التعرف على أساليب التواصل بين أفراد الأسرة أثناء وجود هذه الخلافات والكيفية التي تدار بها هذه الخلافات بين أفراد الأسرة.
- عرض لبعض تلك المشكلات والخلافات بأسلوب مختلفة عما عرضته الأسرة (الوالدين) والانتقال بالتدريج من الحديث عن تلك المشكلات إلى التركيز على طبيعة العلاقات الشخصية بين أفراد الأسرة.
- التعرف على تقبل كل فرد للمشكلات في الصورة الجديدة (إدراك جديد).

**الجلسة رقم (٩)، (١٠):**

**العنوان:** "تحديد العمليات المرضية داخل أسرة المعاق".

**الأهداف:**

- تحديد المنازعات والصراعات داخل أسرة المعاق وطريقة تناولهم لحل هذه المنازعات.
- التعرف على طبيعة العلاقات والتفاعلات الأسرية.
- التعرف على أنماط التواصل بين أعضاء الأسرة.
- التعرف على الأدوار التي يقوم بها كل فرد في الأسرة ومسئولياته.

**الفنيات المستخدمة:** المناقشة التأملية– الملاحظة – التجسيد الأسري.

محاولة التعرف على طبيعة الخلافات والصراعات التي تحدث بين الوالدين للكشف عن طبيعة العلاقة بينهما، وذلك من خلال عمل خلخلة في بناء الأسرة المضطرب ويتم ذلك من خلال مناقشة المشكلات والصراعات القائمة بينهما وطرق حلها. فمثلاً تطلب المؤلفة منهم أن يذكروا بعض المشكلات الرئيسية التي تسبب خلافات بينهما مستخدمة أسلوب المناقشة مثل: "من الفرد الذي سوف يقوم برعاية المعاق في الصباح خاصة إذا كان الأبوان يعملان؟ - ما هي المؤسسة التعليمية التي تقوم بتعليمه؟ - من الذي يقوم بتوصيله يومياً إلى المؤسسة؟ ومن الذي يقوم بمساعدته في مذاكرة بعض المعلومات؟"، وهكذا، ثم تطلب منهما أن يعيدوا تمثيل هذه المواقف في كل مشكلة على حدة.

ومن ثم كانت تحاول التعرف على مدى قيام كل منهما بوظائفه تجاه الطرف الآخر ومسئولياته تجاه الطفل المعاق، وبما ينتظره من حقوق من الطرف الآخر وما هي الواجبات الفعلية التي يؤديها الفرد وما هي الواجبات التي يقصر فيها.

ولقد وجدت المؤلفة أن الوالدين غالباً ما يكونان على درجة كبيرة من عدم النضج، ويفتقدان القدرة على تحقيق قدر من التفاهم والتوافق الزوجي خاصة إذا كان لديهما الاستعداد للشقاق والمشاحنات، ومن ثم فإن وجود مشكلة الطفل المعاق بينهما تكون سبباً كافياً لاندلاع المزيد من الخلافات والمشاحنات حيث يحاول كل منهما تحميل مسئولية الطفل للآخر، كما يحاول كل منهما أن يتهرب من مسئولياته الثقيلة والمتمثلة في رعاية الطفل المعاق ومحاولة إلقاء هذه المسئولية على الآخر.

ومن ثم استطاعت المؤلفة على مدى جلستين كاملتين تحديد العمليات المرضية في النسق الأسري بعد ملاحظة طريقة الوالدين معاً في المناقشات والمجادلات والصراعات.

كذلك كانت المؤلفة تعمل على إثارة صراعات أو خلافات بين الوالدين للكشف عن طبيعة العلاقة بينهما وعن أساليب تواصلهما معاً عن طريق أن يذكروا

هذه الخلافات ومناقشتها ثم يعيدوا تمثيل مواقف الخلاف بينهما والتي تؤدي إلى حدوث مشاجرات أو صراعات، ولذا فعليهم أن يذكروا ثلاث أو أربع مشاكل من المشكلات الأكثر تكراراً والتي تسبب خلافا حادا بينهم والتعرف على أسباب هذه المشكلات وطرق تناولهم لكيفية الوصول إلى حلول لها، والتعرف على وجهة نظر كل منهما في الآخر ومدى جدية قيامه بوظائفه ومسئولياته.

## جلسة رقم (١١):

**الأهداف:**

- تبصير الوالدين بأن النسق الأسري الضعيف من أهم أسباب الضغوط النفسية التي يعاني منها والدا الطفل المعاق.
- المشكلات والاضطرابات النفسية لدى الطفل المعاق ترجع إلى التفاعلات المرضية داخل النسق الأسري.

**الفنيات:** المحاضرة – المناقشة والحوار.

**الإجراء:** عمل محاضرة تتضمن النقاط التالية:

- الدور الملقى على الأسرة في مساعدة الطفل المعاق على التخلص من مظاهر سوء التوافق.
- المعاق الذي يعاني من بعض المشكلات أو اضطراب في الشخصية هو بمثابة مؤشر لوجود خلل في النسق الأسري.
- كثرة المشكلات والخلافات الأسرية ما هي إلا نتيجة لتفاعلات أسرية خاطئة.
- العوامل الأسرية المضطربة والخلل في الأداء الوظيفي المتمثل في العلاقات الأسرية المضطربة، وعدم القدرة على حل المشكلات البينشخصية والصراعات بين الأفراد، تؤدي إلى حدوث القلق والاكتئاب لدى أفراد

الأسرة والذي ينعكس بالسلب على رعاية الطفل المعاق بالأسلوب الأمثل لمساعدته على التوافق النفسي.

- الأسرة مسئولة بالدرجة الأولى عن الاضطرابات النفسية التي تظهر لدى أبنائها، حيث أن هذه المشكلات والاضطرابات إنما ترجع إلى التفاعلات المرضية داخل النسق الأسري.

**الجلسة (١٢):**

**العنوان:** "إعادة تعلق الوالدين بالطفل المعاق".

**الأهداف:**

- العمل على بناء علاقة قوية بين الوالدين.
- تهيئة الوالدين لتعليم بعض المهارات البينشخصية.
- مساعدة الوالدين على إنجاز مهمة إعادة التعلق والارتباط بالأبناء (خاصة الابن المعاق).

الفنيات: المناقشة التأملية – تجسيد الأسرة – التغذية الراجعة.

**الإجراء:** بدايةً تعرف المؤلفة الوالدين أن الهدف من هذه الجلسة هو مساعدة الابن المعاق على أن يكون إنساناً ناجحاً وناضجاً . إلى حد ما إنسان طبيعي يعيش معنا دون مشاكل أو اضطرابات نفسية والتي تنعكس بالسلب على حياة الوالدين وتجعلهم يشعرون بالضغوط النفسية.

يلي ذلك أن تقوم المؤلفة بالتعرف على الجوانب الخاصة في حياة الوالدين والتي تستقل عن الأبناء مثل الهوايات – شبكة العمل الاجتماعي – الضغوط والصراعات – مشكلات طبية يعانون منها)، ثم بآبائهم التركيز على الموضوعات عبر جيليه من خلال التعرف على علاقة الوالدين بأبنائهم والعلاقات التي كانت تحكمهم.

ثم تقوم المؤلفة بالعمل على إعادة تعلق الوالدين والارتباط بالأبناء عامة وبالطفل المعاق بصورة خاصة مع التركز على أهمية إكساب الوالدين بعض المهارات التي يفتقدونها مثل ضرورة التدريب على مهارات الاستماع ومهارة الأبوة الفعالة والتي تشمل العواطف القوية تجاه الأبناء والطفل المعاق، خاصة أن هذا الطفل لديه حاجة قوية جدًا، بل نعتبرها من أقوى احتياجات الطفل النفسية وهي حاجة المعاق للتقبل والحب من الآخرين ويجب أن يتدرب الوالدين على التعبير عن عواطفهم تجاه الابن المعاق.

وأيضاً العمل على بناء مهارات الأبوة الفعالة والتي تتطلب من الوالدين القدرة على مواجهة المشكلات التي يعاني منها المعاق، وأن يتسم تفكيرهم بالمرونة وحسن التخطيط مع العمل على احترام مشاعر هذا الطفل، والحد من توجيه النقد أو السخرية منه وتقديم التعزيز والتدعيم الاجتماعي له.

ثم يلي ذلك أن تتقدم المؤلفة بسؤال لأفراد المجموعة المشاركة: أي من هذه المهارات يفتقدونها، ولا يستطيعون ممارستها وتطبيقها في حياتهم العادية مع الابن المعاق.

وبذلك تصل المؤلفة إلى أن تجعل الوالدين على استعداد لتقبل وتعلم تلك المهارات "مهارة الأبوة الفعالة".

**مرحلة التدخل العلاجي:**

## الجلسة رقم (١٣)، (١٤):

**العنوان:** إعادة تشكيل العلاقة بين الوالدين.

**الأهداف:**

- مناقشة طبيعة العلاقة بين الوالدين.
- تصحيح التفاعلات الخاطئة بين الوالدين.

- إكساب الوالدين بعض المهارات المفتقدة والتي تؤدي إلى اضطراب العلاقة بينهما.
- تحسين أداء وظيفة كل منها تجاه الآخر.

**الفنيات:** المناقشة التأملية – التجسيد الأسري – لعب الدور وتبادل الدور – إعادة التشكيل – التغذية الراجعة.

**الإجراء:**

- مناقشة طبيعة وشكل العلاقة بين الوالدين عن طريق تحديد أسباب اضطراب العلاقة بينهما والتعرف على أساليب التواصل الخاطئة، وتقصير كل منهما في أداء وظائفه تجاه الطرف الآخر، بالإضافة إلى افتقادهم لبعض المهارات التي من الممكن أن تحسن كفاءة التفاعل بينهما.
- وكذلك توضح المؤلفة أن هناك أشياء كثيرة تسبب سوء التواصل، فمثلاً نستطيع أن نعبر عن مشاعرنا تجاه الآخر أو نعبر بطريقة خاطئة، أو نفتقد القدرة على الاستماع للآخر، أو نسمعه بتجاهل.
- تقديم بعض الإرشادات التي تعمل على تحسين التواصل بين الوالدين، وتحديد القواعد التي تحكم عملية التواصل السليم، ثم تطلب المؤلفة من أحد الوالدين أن يعيد تمثيل موقف معين ويحدث تبادل للأدوار، على أن تعبر الزوجة (أو الزوج) عن مشاعره ناحية الطرف الآخر ثم يتخيل الرد ويرد بدلاً منه ويستمر في الحوار، وذلك يوضح ما يتوقعه كل زوج من تقبل الآخر لمشاعره.
- تطلب المؤلفة من كل منهما أن يعبر بصورة لفظية عن مشاعره تجاه الطرف الآخر.

- كما تطلب المؤلفة من كل منهما الاعتراف بالسلوكيات الخاطئة التي يمارسها كل طرف (مثل أن يتحدث الفرد مع الآخر بسخرية أو يتجاهل ما يقول) إزاء الطرف الآخر مع تقديم إرشادات للوالدين لكيفية ممارسة المناقشة والحوار الإيجابي.
- أن يقوم كل طرف بكتابة واجباته ومسئولياته، وكذلك الوظائف التي يجب أن يؤديها له الطرف الآخر وما يتوقعه بالفعل من الطرف الآخر.
- أن يفكر كل منهما في الطريقة التي من الممكن أن تؤدي إلى تقوية العلاقة بينهما.
- عمل مقارنة بين الدور الذي يقوم به كل زوج والدور المتوقع منه لاكتشاف أوجه الخلل في العلاقة، والعمل على تصحيحها من خلال الإرشادات التي تقدمها المؤلفة ثم يعاد تمثيل هذه المواقف مرة ثانية.

## الجلسة رقم (١٥)، (١٦):

**العنوان:** تنمية مهارة التواصل.

**الأهداف:**

- إكساب الوالدين القدرة على التعبير بطريقة فعالة.
- تدريب الوالدين على مهارات التواصل الإيجابي والتحدث، الاستماع، الإنصات، المناقشة.
- تقديم إرشادات للوالدين لكيفية ممارسة الحوار الإيجابي.
- تشجيع الابن المعاق على التواصل مع الوالدين بطريقة إيجابية.
- تدريب الوالدين على مهارات المناقشة وأسلوب الحوار الإيجابي.

**الفنيات:** المناقشة التأملية – الدور ولعب الدور – إعادة التشكيل.

الإجراء: أولاً تقوم المؤلفة بتقديم إرشادات للوالدين تساعدهم على التواصل بطريقة إيجابية عن آداب الحديث والحوار وآداب الاستماع وكيفية إدارة المناقشة والقدرة على الإقناع.

بعد ذلك قامت المؤلفة بعرض بعض المواقف الأسرية المسجلة على شرائط حيث تضمنت مواقف تتسم بالخلافات والمنازعات وذلك لتحديد أنماط التواصل الخاطئة والتي كان أهمها عدم القدرة على الإنصات للطرف المتحدث (تلك كانت مفتقدة تماماً أثناء إدارة الحوار) ومن ثم ركزت المؤلفة على تلك المهارة وهي القدرة على الإنصات للطرف المتحدث حتى نستطيع أن نتعرف على وجهة نظره كاملة ومن ثم كانت تدرب الوالدين على النقاط التالية:

- انظر إلى الشخص المتحدث.
- حاول أن تظهر بمظهر المهتم المتعمق لما يقال.
- حاول أن تميل بجسمك إلى الشخص المتحدث.
- قم بتوجيه الأسئلة التي تتيح لك مزيداً من الفهم.
- لا تقاطعه أثناء الحديث.
- لا تنحرف عن موضوع المتحدث.

ثم قدمت المؤلفة شريط تسجيل يوضح كيفية استخدام مهارة الإنصات.

ثم طلبت من الوالدين أن يعيدوا تمثيل الموقف الأسري (الذي حدثت فيه مشاجرة) ولكن بصورة مختلفة بحيث يحدث تعديل لأسلوب التواصل الخاطئة وتطبيق مهارات التواصل الإيجابية التي سبق مناقشتها في الإرشادات التي قدمتها المؤلفة بالإضافة إلى النقاط السابقة.

- مع مناقشة اختلاف الموقفين نتيجة تغير أسلوب التواصل وما تؤدي إليه من نتائج.

- كذلك وجهت المؤلفة نظر الوالدين إلى قدرة الفرد على إقناع الطرف الآخر من خلال تطبيق النقاط التالية:
- حاول أن تجعل الصدق والصراحة من صفاتك، فالشخص الذي لا يتسم بالصدق لا يمكن أن يكون موضع ثقة الآخرين.
- لا تذكر ادعاءات مبالغ فيها فالمبالغة في القول تضعف موقف الفرد.
- ينبغي أن تعلن الطرف الآخر عن الجوانب الإيجابية وكذلك الجوانب السلبية في وجهة نظرك.
- ثم قامت المؤلفة بتصميم بعض المواقف التجريبية لإثارة مناقشات في مواقف معينة وعمدت إلى إدخال الطفل المعاق في المناقشة لكي يتعلم الوالدين كيفية الحوار مع الابن واحترام وجهة نظره بل والإنصات إليه تماماً حتى ينتهي من كلامه تماماً ولكي يعطوا الطفل القدوة في مثل هذه المواقف.
- إعادة تمثيل بعض المواقف الأسرية التي حدثت بين الوالدين من قبل وانتهت إلى حدوث صراع بينهما، مع تقديم بعض الإرشادات لتجنب وصول المناقشة إلى صراع مع تقديم التعزيزات الإيجابية من حين لآخر.

**الجلسة (١٧)، (١٨):**

**العنوان:** "تدريب الوالدين على السلوك التوكيدي".

**الأهداف:**

- تبصير الوالدين بمفهوم السلوك التوكيدي ونتائجه.
- تدريب الوالدين على ممارسة السلوك التوكيدي.
- تبصير الوالدين بأهمية إشراك الابن المعاق على ممارسة السلوك التوكيدي.

- تدريب الوالدين على تقديم التعزيز الإيجابي للابن المعاق لتشجيعه على ممارسة السلوك التوكيدي.
- تدريب الوالدين وتشجيعهم على التعبير عن مشاعرهم نحو أفراد الأسرة.

الإجراء: أوضحت المؤلفة النقاط التالية:

- أن المتخصصين في مجال الصحة النفسية يرجعون المشاكل الأسرية والخلافات والمنازعات إلى نقص التواصل الإيجابي بين أفرادها من خلال عدم القدرة على التعبير عن المشاعر السلبية، ومثل هذا الجو الأسري لا يؤدي إلى حل كفء للمشكلات، ومن ثم يمكن أن يفيد التدريب التوكيدي في مساعدة عضو الأسرة في الاستجابة بشكل أكثر مباشرة وتوكيدية في الأحداث أو المواقف. (علاء كفافي، ١٩٩٩: ٢٩٨).
- والفرد يسلك بطريقة توكيدية حينما يكون بمقدوره التعبير عن المشاعر السلبية مثل الغضب والضيق، وكذلك المشاعر الإيجابية مثل الفرح والحب والامتداح.
- أن الفرد إذا سلك بطريقة أكثر توكيدية فسوف يعطيه هذا شعوراً بالثقة واحترام النفس.
- يستطيع الفرد (أحد الوالدين) الذي يتسم بالتوكيدية العالية التوصل إلى تحقيق ما يرنو إليه من رغبات.
- من خلال التدريب على التوكيدية يستطيع الفرد غير القادر على مواجهة الصراع أو التحدي أن يتعلم مهارات التواصل التي تساعده على أن يتواصل مع حاجاته وأفكاره ومشاعره بشكل أكثر فاعلية.

وبناء على ما سبق تقوم المؤلفة بتدريب الوالدين على السلوك التوكيدي وكيفية الاستجابة الفعالة، مع التدريب على ضبط تلك الانفعالات وذلك من

خلال فنية لعب الدور، حيث تطلب من كل مشارك أن يقلد دور الوالد المدرك لمهارات الاستجابة الفعالة.

كما تعرض المؤلفة على الوالدين بعض المواقف سواء في الأسرة أو في مواقف اجتماعية عامة، وعلى الوالدين (الزوج أو الزوجة) أن يتخيل هذه المواقف ويضع نفسه في هذا الموقف ويمثل الدور المطلوب منه، ثم عليه أن يظهر استجاباته إزاء هذا الموقف والذي يظهر مدى شعوره بالرضا والتعبير عن ذلك أو الرفض والتعبير أيضاً بالقدرة على إبداء انفعال الرفض والغضب (مثل أن يطلب الطرف الآخر منك أن تقوم بأعباء تفوق طاقتك، أو أن تقوم ببعض الأعمال التي ليس من اختصاصك)، ثم تطلب منهم المؤلفة التعبير عن النفس وعن مشاعره الإيجابية السلبية بحرية وبصوت عال.

كما كانت تطلب المؤلفة منهم النقاط التالية( من خلال التدريب على مواقف مفتعله داخل الجلسة).

- الدفاع عن الحقوق الشخصية.
- تحديد مطالب محددة وواضحة.
- القدرة على رفض الطلبات غير المعقولة.
- كذلك طلبت المؤلفة من الوالدين تشجيع الابن المعاق على ممارسة هذا السلوك في مواقف الحياة اليومية معهم مع تقديم التعزيز المناسب له وإتاحة الفرص المناسبة لكي يدافع عن حقوقه الشخصية.

كما قامت المؤلفة بإشراك الابن المعاق في هذه الجلسة مع اصطناع مواقف تكون فيه الخلافات والمشاجرات بينهم واضحة ومباشرة وذلك لكي تمنح المعاق الفرصة لكي يتحدث عن مشاعره السلبية والإيجابية مع التأكيد على ضرورة أن يحترم الوالدان رغبات الابن ومساعدته على تحقيقها.

**الجلسة رقم (١٩):**

**العنوان:** "تنمية مهارة حل المشكلات".

**الأهداف:**

- تدريب الوالدين على خطوات حل المشكلة.
- تطبيق هذه الخطوات على مشكلات حدثت بالفعل في الأسرة.
- تدريب الوالدين على مواجهة المواقف والمشكلات الحياتية.
- التعرف على الطريقة التي يتبعها الوالدان لمواجهة المشكلات في الأسرة.
- تدريب الأسرة على العمل بروح الفريق الواحد من خلال إشراكهم في البحث عن حلول للمشكلات.

**الفنيات:** المحاضرة والحوار – إعادة التشكيل – التجسيد الأسري – التغذية المرتدة.

**الإجراء:** في بداية الجلسة حاولت المؤلفة التعرف على المشكلات التي تواجه أسرة الطفل المعاق مثل المشكلات المادية ، سوء تكيف الطفل المعاق ، العدوان والتمرد، افتقار قدرة المعاق على التواصل مع الآخرين.

- أثر وجود الطفل المعاق على العلاقات الاجتماعية للأسرة.
- التأثيرات السلبية لوجود المعاق على الدخل الاقتصادي للأسرة.
- كيفية تحديد المدرسة أو المؤسسة التي ترعى الطفل المعاق.
- ثم حاولت المؤلفة التعرف على الطريقة التي يتبعها الوالدان لمواجهة تلك المشكلات.
- أعطت المؤلفة محاضرة موجزة عن أسلوب حل المشكلات بداية من تحديد المشكلة مروراً بمرحلة العصف الذهني وانتهاءً إلى تحديد الأسلوب الأمثل

لحل المشكلة، مع تحديد الشخص المنوط بتنفيذ الحل الذي توصلت إليه أسرة المعاق.

- كذلك وجهت المؤلفة نظر الوالدين إلى أهمية إشراك جميع أفراد الأسرة في البحث عن حلول للمشكلات والعمل بروح الفريق الواحد.
- تدريب الوالدين على خطوات حل المشكلة بأسلوب علمي منظم وتطبيق هذه الخطوات على بعض المشكلات السابق ذكرها.

**الجلسة رقم (٢٠)، (٢١):**

**العنوان:** "علاج العمليات المرضية في الأسرة (اللاأنسنة)".

**الأهداف:**

- تبصير الوالدين بالتأثير السلبي لعملية (اللاأنسنة والمعاملة بطريقة لا إنسانية).
- مناقشة بعض المواقف داخل الأسرة التي تتضمن سلوكيات تتسم باللاأنسانية.
- تدريب الوالدين على سماع وجهة نظر الطفل المعاق واحترام رأيه.
- تدريب الوالدين على سماع الرأي المعارض والمؤيد.
- تدريب الوالدين على كيفية المشاركة في اتخاذ القرار.

**الفنيات:** المحاضرة – المناقشة والحوار – إعادة الصياغة – التجسيد الأسري– الدور ولعب الدور – التغذية الراجعة.

**الإجراء:** توضح المؤلفة لأفراد المجموعة المشاركة من أسر المعاقين ماذا تعني بكلمة اللاإنسانية حيث إنها تعني معاملة الطرف الآخر معاملة لا إنسانية أو التعامل معه وكأنه شيء وليس إنسانا له مشاعر وأحاسيس حيث يشعر الفرد حينئذ

بأنه فقد أهم حق له وهو معاملته كإنسان مما يكون له كثير من التأثيرات السلبية على علمية التفاعل بين الزوجية أو بين الوالدين والابن المعاق.

- تعرض المؤلفة بعض الشرائط المسجل عليها مثل تلك المواقف ومناقشتها مع الوالدين كما تحاول أن تستشهد ببعض المواقف التي تحدث بالفعل داخل أسرهم.
- تطلب المؤلفة من الوالدين إعادة بعض المواقف (لعب الدور) والتي انتهت إلى حدوث مشاجرات بسبب المعاملة اللاإنسانية أو محو شخصية الفرد وتجريده من أهم صفة له وهي معاملته كإنسان ومع تمثيل أحد المواقف بالشكل السلبي ثم إعادة تمثيله مرة أخرى يصحح ويعدل الموقف إلى الصورة الإنسانية أي إعادة تمثيله بالشكل الإيجابي.
- ثم تطلب المؤلفة من الوالدين أن يتبادلا الأدوار بينهما في موقف يوضح عملية اللاأنسنة ولكن تتم بالعكس بمعنى أن الزوجة هي التي تمارس سلوكيات اللاأنسنة مع الزوج ويعيدوا تمثيل الموقف ثم نرى رد فعل الزوج ومناقشة الموقف ثم يعاد الموقف بالشكل الإيجابي.
- كذلك تحاول المؤلفة عمل مواقف مشابهة ولكن بين الوالد والابن المعاق (مثل مواقف تتسم بالتسلط وفرض الرأي وإعطاء الأوامر دون مناقشة أو استخدام أسلوب الإهانة، أو السخرية من الطفل المعاق، أو مقارنته بغيره في أداء بعض الأعمال).
- في النهاية تناقش المؤلفة مثل هذه المواقف مع الوالدين وسلوكيات اللاأنسنة، وإذا كنا نحن كبشر نرفض أن يعاملنا الآخرون بمثل هذه السلوكيات فلماذا إذن نمارسها مع الأبناء أو يمارسها الزوج مع زوجته.

**الجلسة رقم (٢٢):**

**العنوان:** "علاج العمليات المرضية في الأسرة" "سوء أداء الوظائف الأسرية".

**الأهداف:**

- مناقشة الوالدين في الوظائف المطلوبة منهما.
- كيفية تصحيح الأدوار.
- تحديد المسئوليات والواجبات لكل من الوالدين والطفل المعاق.
- إعادة توزيع الأدوار والمسئوليات على كل فرد في صورة مهام محددة.

**الفنيات:** المناقشة التأملية – التجسيد الأسري – إعادة التشكيل – لعب الدور – التغذية المرتدة.

**الإجراء:** طلبت المؤلفة من كل فرد من الأعضاء المشاركين النقاط التالية:

- تحديد الأدوار والمسئوليات المنوطة بهم داخل الأسرة.
- تحديد الوظائف والمسئوليات التي يقوم بها بالفعل وما هي أوجه التقصير وما هي المعوقات التي تمنعهم من أداء أدوارهم على الوجه الأكمل.
- تقوم المؤلفة بتصحيح الأدوار والوظائف والمسئوليات مع تحديد مسئوليات ووظيفة كل فرد، خاصة في المواقف التي تحتاج إلى رعاية الابن المعاق مثل "متابعة الابن المعاق في المدرسة – متابعة برنامج التأهيل الاجتماعي للطفل وتطبيق الجزء الخاص بالمنزل – متابعة برنامج التأهيل النفسي والتقييد بما يقوله الإحصائي النفسي – برامج التدريب المهني – تدريب الطفل على استخدام وسائل النقل وهكذا.
- ومن ثم نضع تلك الأدوار والمسئوليات في صورة مهام محددة وواضحة.

**الجلسة الختامية:**

يتم من خلال هذه الجلسة بلورة أهداف البرنامج مع التأكيد على المحافظة على المهارات المكتسبة واستخدامها في المواقف الحياتية.

تطبيق مقياس الأداء الوظيفي الوالدي.

نتائج تطبيق البرنامج:

لقد ذكر المتخصصون في هذا المجال مدى احتياج أسر المعاقين للبرامج الإرشادية لأنه من الأمور الهامة العمل على إشراك أعضاء النسق الأسري "خاصة الوالدين" في برامج رعاية الطفل المعاق وذلك عن طريق خلق جسور من الثقة والألفة بينهم وتنمية قدراتهم على التواصل مع بعضهم البعض ومع الطفل المعاق، ومن هنا كانت أهمية التركيز في البرنامج الإرشادي على معالجة التسلسل الهرمي للأسرة وتقوية الأفراد الذين هم في مركز الضعف حيث يبدأ الإرشاد الأسري بالاهتمام بالشخصيات صاحبة النفوذ (الوالدين) ويعدل سلوكياتها متوجهاً للأسفل وهم أضعف الأعضاء في الأسرة (الأبناء).

كذلك تبين من نتائج الدراسات السابقة أن الأداء الوظيفي لأسر المعاقين يتسم بالقصور في أداء الوظائف والتواصل بين أعضاء النسق الأسري وعدم القدرة على مواجهة وحل المشاكل (Heru,A.,(2004 وذلك لأن وجود طفل معاق داخل الأسرة يمثل عبئا كبيرا على الوالدين بل وعلى أفراد الأسرة ككل، مما يؤدي إلى ضعف البناء الأسري والذي ينعكس بالتأثير السلبي على رعاية الطفل المعاق وإحساس الوالدين بمزيد من الضغوط النفسية. (Vance et al.(2004.

ونظراً لأهمية التدخل الأسري في هذا المجال رأت المؤلفة ضرورة التدخل الأسري في مجال ذوي الاحتياجات الخاصة في محاولة لتحسين مهارات التواصل لأفراد الأسرة (خاصة الوالدين) في ظل الصراعات الأسرية الناتجة عن وجود الطفل المعاق.

وهذا ما أظهرته النتائج الإيجابية لأثر البرنامج الإرشادي، حيث إن البرنامج الحالي يقوم على المداخل النسقية في إرشاد الأسرة، وبصفة خاصة النموذج البنائي وهذا النموذج يهدف إلى إحداث تغيير في الأسرة في جانبين هما البناء Structure

والوظيفة Function ويقصد بالبناء تكوين الأسرة والعلاقات الشخصية بين أفرادها وطرق تفاعلاتها وأساليب التواصل بينهم، أما الوظيفة فالمقصود بها أداء الأسرة لوظائفها وأدوارها والمسئوليات المطلوبة من كل فرد فيها، وهل تؤدي الأسرة وظائفها بشكل جيد، وبناء على ما تم تغييره في البناء والوظيفة ، يتم إعادة تشكيل النسق ومن ثم حدوث تغيير في القواعد التي تحكم التفاعلات الداخلية التي تتحكم في السلوك ، و يحدث تغيير في طبيعة العلاقات ويتغير النسق الأسري

وتعتقد المؤلفة أن الفنيات المستخدمة أظهرت تلك النتائج لأثر البرنامج وإكساب الوالدين بعض المهارات الاجتماعية التي تحسن من كفاءة التفاعل الاجتماعي داخل الأسرة، مثل التدريب على مهارة التواصل التي تساعد على بناء قنوات للتواصل الجيد خاصة في حالة عدم وجود تلك القنوات بين الأنساق داخل الأسرة وكذلك تدريب الوالدين على مهارة الإنصات التي تتمثل في القدرة على الإنصات للآخر بفهم وتعاطف، فهي تساعد الوالدين على إيجاد الفهم المتبادل للرسائل وفهم التواصل اللفظي وغير اللفظي داخل النسق الأسري والتدريب التوكيدي Assertive Training ، حيث تم تدريب الفرد على التعبير عن مشاعره للآخر وأفكاره والدفاع عن حقوقه بشكل إيجابي، حيث يرجع المتخصصون في مجال الصحة النفسية المشاكل الأسرية والخلافات والمنازعات إلى نقص التواصل الإيجابي بين أفرادها من خلال عدم القدرة على التعبير عن المشاعر السلبية، ومن ثم يمكن أن يفيد التدريب التوكيدي في مساعدة عضو الأسرة في الاستجابة بشكل أكثر مباشرة وتوكيدية في الأحداث والمواقف (علاء كفافي، ١٩٩٩: ٢٩٨).

كما عملت المؤلفة على إعطاء الفرصة للابن المعاق لمناقشة ما يشكو منه وما يعانيه داخل الأسرة، وتشجيعه على المواجهة باستمرار مع والديه وتشجيع الوالدين على أن يكونا مدعمين ومعززين لابنهما المعاق.

وكذلك فنية المحاضرة والحوار، حيث حاولت المؤلفة تقديم معلومات لأعضاء النسق الأسري (الوالدين) عن نوعية الإعاقة والضغوط النفسية الناتجة

عن وجود طفل معاق، والتي تجعل الأسرة عرضة للاضطراب والتفكك ودور الأسرة في تخفيف تلك الآثار والضغوط النفسية .

وحرصت المؤلفة على توضيح العلاقة بين مشكلات الأسرة ومشكلات الطفل المعاق وأساليب التفاعل الأسري من خلال استخدام فنيه الحوار التي تساعد على إعادة البناء المعرفي للوالدين وتدريبهم على التواصل والحوار والمناقشة، كما أنها تساهم في التحليل المنطقي للأفكار اللاعقلانية بالنسبة للابن المعاق وتفنيد الاستنتاجات غير الواقعية ودحضها بالإقناع.

كما واستخدمت فنية التجسيد الأسري Family Sculpting التي تساعد في التعرف على طبيعة أداء النسق الأسري وطريقة تواصلهم من خلال تمثيل بعض المواقف الموجودة داخل النسق أو إعادة تمثيل مواقف سابقة، مما يؤدي إلى زيادة وعي أعضاء الأسرة خاصة الوالدين بطبيعة العلاقات بينهما وأنماط التواصل وأداء الوظائف داخل النسق الأسري (1992) .Smith, R .et al .

كذلك فنية إعادة الصياغة ساعدت الوالدين على إدراك المشاكل القائمة في الأسرة، وإعادة الهيكلة أي إعادة تشكيل المواقف التي تواجه الوالدين والتي تساعدهما على صياغة الأفكار اللاعقلانية الخاصة بالطفل المعاق وتبني رؤية جديدة، ومن خلال فنية لعب الدور وتبادل الدور بأن تترك الفرصة لكي يعبر أحد الوالدين عن مشاعره للآخر ثم يلعب دور الآخر ويستمر في الحوار، ومن ثم حاولت المؤلفة أن تعمل على علاج العمليات المرضية عن طريق تعديل أنماط التفاعل الخاطئة وتغيير طرق التواصل الخاطئة وإدراك كل فرد لوظائفه المطلوبة منه في الأسرة والقيام بواجباته نحو باقي أفراد الأسرة وإعادة توزيع الأدوار والمسئوليات مع تحديد القواعد والحدود التي تحكم الأسرة لتكون واضحة للجميع.

حيث يرى المتخصصون في هذا المجال أن الإرشاد الأسري يهدف إلى تحقيق الانسجام والتوازن في العلاقات بين أعضاء الأسرة وتقوية القيم الأسرية الإيجابية

وإضعاف السلبية منها، وكذلك العمل على تحقيق نمو شخصية كل فرد ومساعدته على أداء وظائفه في جو أسري مشبع (حامد عبد العزيز الفقي، ١٩٨٩: ١٣) .

ويؤكد(Corey,1996:7) أن التوجه الأسري يعمل على فك الحدود الجامدة بين أعضاء النسق الأسري والعمل على خلق بناء هرمي يتحمل فيه الوالدان مسئولية أبنائهم مع إتاحة الفرصة لهؤلاء الأبناء للتعبير عن أرائهم .

كما يرى (علاء الدين كفافي، ١٩٩٩: ٢٨٦) أن إعادة بناء النسق الأسري من خلال تغيير تنظيم الأسرة وتغيير وظائفها، يعتبر السبيل الوحيد لتنمية قدرة الأسرة على مواجهة مشكلاتها، ويتحقق ذلك عن طريق التدخلات المباشرة ويعتقد بيرل بيرمان (٢٠٠٤: ٢٩٨) أن الأسرة عندما تمر بفترات تتسم بالضغوط الناجمة عن المطالب الداخلية هنا يجب على الأسرة أن تتكيف بمرونة لتعديل القواعد الأسرية من أجل إشباع احتياجات أفرادها.

ولذا جاءت النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة متسقة مع وجهة نظر بعض المتخصصين في هذا المجال من أن البرامج التي تهدف إلى تحسين التفاعل الأسري والوصول إلى درجة من التطابق بين أعضاء الأسرة يؤدي إلى تحسين درجة توافق الآباء مع أبنائهم المعاقين والتخلص من الضغوط النفسية. ,Munllin,E.&Quingley(1994) Hemphill &Littlefield(2001), Landy, S. et al. (1997) .

وهناك من الدراسات ما لجأت إلى ممارسة الإرشاد الأسري مع والدي الطفل المعاق سمعياً لتخفيف حدة السلوك العدواني للمعاق نظراً لافتقار الوالدين إلى أساليب التواصل مع أبنائهم المعاقين وأساليب التنشئة السوية بالإضافة إلى أن هذه الأسر تعاني من التفكك الأسري (Bankeship (1993 .

ودراسة أخرى استخدمت العلاج الأسري لتحسين مفهوم الذات لدى الأطفال المعاقين (Steinberg (1997 .

ودراسات أخرى أشارت إلى فاعلية برنامج لتحسين مهارات التواصل لأفراد الأسرة في ظل الصراعات الناتجة عن وجود طفل معاق حيث حاولت تحسين مهارات التفاعل الاجتماعي بين أفراد الأسرة خاصة مهارة الإنصات؛ مما انعكس ذلك بالإيجاب على التفاعل الأسري Schoenwold(1984) Creenberg(1984) كذلك Bissell(1990) الذي حاول بناء نموذج ثلاثي يرتكز فيه على تعليم والدي الطفل المعاق كيفية التواصل مع هذا الابن مع التركيز على بعض النقاط مثل عدم مقاطعته أثناء التحدث إليهم والانتباه الجيد لما يقول وزيادة تقبلهم لهذا الابن المعاق، والاهتمام به بل وتشجيع كل عضو في النسق الأسري على التعبير على مشاعره بحرية حتى الطفل المعاق، ولقد رأى Bisell أن هذا النموذج ساعد في تغيير اتجاهات الوالدين نحو المعاق ومشكلاته المدرسية .

كما توصل Leonard(1998) إلى أن الإرشاد الأسري يسهم في تحسين التفاعل الأسري ويصبح كل عضو أكثر فهماً وإنصاتاً للآخرين من خلال برنامج يعمل على إعادة بناء الهيكل الأسري لأسر الأطفال المعاق سمعياً ودراسة Richard(2003) التي ركزت على الأنظمة الأسرية التي تحدد نماذج التفاعل بين الوالدين والأبناء والعلاقات الاجتماعية في الأسرة مما أدى إلى نمو ووضوح الرؤية لدى الأسر نحو أطفالهم المعاقين ومشكلاتهم.

# الفصل الخامس
# برنامج علاج تكاملي لتحسين صعوبات التعلم النمائية وفاعليته في خفض اضطراب القلق لدى الأطفال

- مقدمة.
- مفهوم صعوبات التعلم.
- اضطرابات القلق.
- قائمة تشخيص صعوبات التعلم النمائية.
- مقياس اضطراب القلق.
- برنامج التعليم العلاجي لتحسين صعوبات التعلم النمائية.
- جلسات برنامج التعليم العلاجي.
- البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.
- جلسات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.
- نتائج تطبيق البرنامج.

## مقدمــة:

تمثل الطفولة مرحلة من أهم المراحل العمرية في حياة الإنسان وفيها تنمو قدرات الطفل، وتتفتح مواهبه ويكون قابلاً للتأثر والتعلم والتوجيه، ويكون لذلك أكبر الأثر في تكوين شخصيته، وتشهد السنوات الأخيرة اهتمامًا متزايدًا بالطفولة على كافة المستويات وفي شتى مجالات الحياة من أجل إنسان واع قادر على تنمية نفسه وتطوير مجتمعه.

وتنمية الإنسان من المهام الرئيسية لعلم الإرشاد النفسي، حيث تكون مفاهيم الإرشاد ومبادئه وفنياته ركناً أساسيا من استراتيجيات بناء الإنسان تفاعلاً مع العلوم التربوية والاجتماعية والثقافية داخل منظومة حضارية فعالة تتنامي فيها قدرات الإنسان وكفاءته في انسجام مع التقدم العلمي والتكنولوجي. (طلعت منصور، ٢٠٠٠:٢٥).

ومن ثم فإن الدراسة في المرحلة الابتدائية تعتبر من المواضيع ذات الاهتمام فهي تلقى اهتماماً خاصا من جانب الباحثين في مجال التربية وعلم النفس، لأنها بمثابة حجر الزاوية لمراحل التعليم التالية حيث تكسب الطفل من خلالها مختلف المهارات السلوكية والاتجاهات الأساسية لتكوينه كإنسان.

ولذا وجبت دراسة الجوانب المختلفة للعملية التعليمية في هذه المرحلة ليس فقط فيما يختص بأساليب التربية ولكن بالنسبة للأبعاد المختلفة المؤثرة في نمو شخصية التلميذ والمشكلات التي تفوق نموه السليم، والتي قد تشتمل على بعض الصعوبات في التعلم .

وانطلاقاً من أهمية هذه المرحلة فإنه يجب التركيز عليها والاهتمام بها بصورة أكبر لاسيما وأن أي خلل في هذه المرحلة سوف يؤثر بطريقة سلبية على المراحل

اللاحقة؛ ولذا بدأت الدول بإعطاء اهتمام كبير لتلاميذ المدارس الابتدائية الذين يعانون من صعوبات التعلم.

ومن ثم نجد أن مشكلة الدراسة تبدو في وجود نسبة من تلاميذ المدارس يعانون من صعوبات في أداء المهارات التعليمية مما يمثل تحدياً حقيقياً لخطط وجهود القائمين على التعلم (Shapir & Rich,1999:26).

كما تشير نتائج معظم البحوث والدراسات العربية والأجنبية إلى أن مشكلات صعوبات التعلم التي يعاني منها بعض تلاميذ المرحلة الابتدائية تعتبر من أهم مشكلات التعلم في هذه المرحلة، التي تحتاج إلى خدمات متخصصة في مجال الإرشاد والعلاج النفسي لتوظيف قدرات واستعدادات هؤلاء التلاميذ ومساعدتهم على تحقيق التوافق النفسي.

وتعد صعوبات التعلم النمائية (الانتباه والإدراك والتذكر، وتكوين المفهوم، حل المشكلة) من أهم الصعوبات التي تحتاج إلى إعداد برامج علاجية لها في هذه المرحلة ، وذلك تجنباً لآثارها السلبية على النواحي الأكاديمية والاجتماعية والنفسية للطفل، حيث تشير الدراسات إلى أن الانتباه يعد مطلباً أساسيًّا للقيام بأي مهمة يؤديها الطفل ، ومن ثم فإن إصابةّ الطفل بصعوبات الانتباه يؤدي إلى عدم قدرته على التركيز في المهام التعليمية، وعجزه عن متابعة شرح المعلم ومتابعة التعليمات، كذلك الحال بالنسبة لصعوبات الإدراك السمعي والبصري، تعد من العوامل المؤثرة في حدوث صعوبات القراءة والكتابة والتهجي، كما تلعب صعوبات التذكر دوراً هاماً في حدوث الصعوبات الأكاديمية،وذلك إصابة الطفل بصعوبات التذكر السمعي والبصري تؤدي به إلى العجزعند معرفة وتذكر الأسماء والأعداد والحروف الهجائية وتعلم الحقائق الحسابية ، ولهذا أكدت كثير من الدراسات تأثير تلك الصعوبات النمائية على النواحي الأكاديمية Jeffries (2004), Epps and Jackson(2000).

هذا بالإضافة إلى أن تلك الصعوبات النمائية لا يقتصر تأثيرها على النواحي الأكاديمية فقط وإنما يمتد ليشمل النواحي النفسية والاجتماعية للطفل حيث أشارت بعض الدراسات إلى أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يعانون من مشكلات في التقبل الاجتماعي وأن لديهم انخفاضا ملحوظا في المهارات الاجتماعية وأنهم يعانون من سوء التوافق النفسي وإدراك الذات بصورة سلبية Sharma (2004)، أمان محمود وسامية صابر (٢٠٠٣) .

أما إذا تطرقنا إلى أهمية الموضوع الذي نحن بصددة فنجد أن التعليم في المراحل الابتدائية هو بمثابة حجر الزاوية لمراحل التعليم التالية ، ففي هذه المرحلة يكتسب الطفل مختلف المهارات والأساليب السلوكية والاتجاهات والقيم الأخلاقية لتكوينه كإنسان؛ ولذا فإن هذه المرحلة بمثابة أولى المراحل التعليمية التي يّتوقف عليها التنمية الشاملة للأطفال.

وتعد صعوبات التعلم في أي من المواد الدراسية مشكلة خطيرة في حياة المتعلم لأنها تؤدي إلى عدم توظيف القدرات العقلية والمعرفية والانفعالية بطريقة سليمة، مما يؤثر سلبياً على التلميذ محدثاً اضطرابات تترك بصماتها على شخصيته، وتبدو عليه مظاهر سوء التوافق النفسي والاجتماعي بسبب عدم قدرته في الوصول إلى مستوى التحصيل الدراسي الملائم، ومن ثم يزداد لدى التلميذ الشعور بالإحباط وسوء التوافق وانحسار صورة الذات لديه (David and Perer Hall, 1996:148).

ويرى عبد العزيز الشخص وآخرون ( ٢٠٠٦ : ٨٧ ) أنه على الرغم من الاهتمام الواضح بمجال صعوبات التعلم في الدول المتقدمة، إلا أنه مازال في البداية في عالمنا العربي ويحتاج إلى مزيد من الجهد بغيةّ التعرف على هؤلاء الأطفال ومحاولة إعداد برامج تربوية مناسبة لهم في وقت مبكر من حياتهم وحتى لا يستسلموا لمشاعر الإحباط والفشل وبالتالي قد يتعرضوا للانحراف.

**أما عن أهمية هذه الدراسة فهي تتلخص في النقاط التالية:**

أولاً: التعرف على صعوبات التعلم النمائية والتي تؤثر بدورها على التحصيل الدراسي للتلاميذ، والعمل على مواجهتها وعلاجها، وذلك عن طريق توفير قدر من البيانات حول بعض الفنيات والاستراتيجيات التدريبية والإرشادية والعلاجية التي يمكن أن تستخدم في تنمية القدرات المعرفية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية.

ثانياً: الكشف عن الاضطرابات النفسية المترتبة على صعوبات التعلم، حيث أشارت بعض الدراسات إلى أن صعوبات التعلم تترك بصماتها على النواحي الانفعالية للطفل فيبدو مكتئباً ومحبطاً ويميل إلى الانسحاب من مواقف التحصيل الدراسي القائمة على استخدام الكتابة والتعبير الكتابي، كذلك قد تبدو عليه بعض علامات الميل إلى العدوان المستتر أو الكامن أوالصريح (فتحي الزيات ، ١٩٩٨: ٤٩٧).

ومن ثم تصميم وإعداد برنامج يقوم على نظريات الإرشاد النفسي يسعى إلى خفض بعض الاضطرابات النفسية المترتبة على صعوبات التعلم.

**مصطلحات الدراسة:**

**البرنامج العلاجي Therapeutic Program :**

هو مجموعة من الخطوات يتم تنسيقها بطريقة منظمة وعلى فترات يقدرها المعالج من حيث الزمن والتتابع، وتستهدف تخفيف حدة الاضطرابات السلوكية وتعديل الاتجاهات، وزيادة الاستبصار لدى العميل، والسير به نحو التغير الإيجابي، والبرنامج العلاجي قد يكون فردياً أو جماعياً ويكون على شكل جلسات علاجية.

**الانتقائية التكاملية Integrative Eclecticism:**

تعد الانتقائية التكاملية مطلباً ضرورياً للإرشاد والعلاج النفسي ، وقد حددها ثورن Thorn.C.F.(1968) بأنها اتجاه مترابط منفتح دائماً للإضافات في مجال فنيات الإرشاد والعلاج النفسي ، وهو ليس مدعوما بنماذج فكرية ونظرية ثابتة بالرغم من المنهجية العلمية التي تتوافر فيه ، ومن ثم فإن الفنيات التي يتم

استخدامها مع العميل تكون تبعاً لحالته وطبيعة شخصيته والتي يحددها الأخصائي. ( نادر الزيود، ١٩٩٨: ٣١٢).

ومما تقدم تصل المؤلفة إلى تحديدات متباينة للانتقائية ذات طابع متسق من الفنيات الإرشادية والعلاجية والتي تنتمي فيها كل فنية إلى نظرية علاجية خاصة بها وهي كالتالي:

**البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:**

وهو يشتمل على العديد من الأساليب والفنيات بما يتناسب مع الجلسات ومع طبيعة الاضطراب الذي يعاني منه التلميذ مثل فنية التدريب على الاسترخاء Relaxation Technique وفنية التخيل Imagine Technique وفنية المراقبة الذاتية Self-Monitoring Technique وتحديد الأفكار التلقائية Identifying automatic ideas and Correcting them وفنية التعريض Exposure Technique ولعب الدور Role Relaying .

**برنامج تعليمى علاجي لتحسين صعوبات التعلم النمائية:**

وهو عبارة عن مجموعة من الجهود والإجراءات التربوية يقوم بها متخصصون داخل عيادة أو فصل تربوي من أجل الارتقاء بالمستوى التحصيلي للفئات التي تعاني من صعوبات التعلم (حامد العبد ونبيل حافظ، ١٩٩٦: ١٢٩) ولهذا رأت المؤلفة أن يتضمن البرنامج العلاجي محموعة من التدريبات والأنشطة لتحسين صعوبات التعلم النمائية ،ويركز كل نشاط على تحقيق هدف أو أكثر لرفع مستوى الأداء العقلي المعرفي للطفل ويتضمن البرنامج الأنشطة التالية:

- أنشطة تدريبية لتحسين صعوبات الانتباه.
- أنشطة تدريبية لتحسين صعوبات الإدراك.
- أنشطة تدريبية لتحسين صعوبات التذكر.

- أنشطة تدريبية لتحسين صعوبات تكوين المفهوم.
- أنشطة تدريبية لتحسين صعوبات حل المشكلة.

## الإطار النظري:

### مفهوم صعوبات التعلم:

يرجع الفضل في تعريف مفهوم صعوبات التعلم إلى عالم النفس الأمريكي كيرك (1963:23) Kirk والذي أوضح أن هذا المفهوم يستخدم لوصف مجموعة من الأطفال لديهم ضعف في النمو اللغوي والتهجي والقراءة والمهارات اللازمة للتفاعل الاجتماعي.

كذلك حدد سيد عثمان (١٩٧٩:٢٩) التلاميذ الذين يعانون من صعوبات التعلم بأنهم لا يستطيعون الاستفادة من الخبرات والأنشطة التعليمية المتاحة في الفصل المدرسي، كذلك لا يكون بإمكانهم الوصول إلى مستوى التمكن الذي يمكن لهم أن يصلوا إليه، ويستبعد من هؤلاء المعاقين عقلياً أو الذين لديهم ضعف في السمع أو البصر.

ويعرف فتحي الزيات (١٩٩٨:٤١٢) صعوبات التعلم النمائية Developmental Learning Disabilities هي تلك الصعوبات التي تتناول العمليات ما قبل الدراسية، والتي تتمثل في العمليات المعرفية المتعلقة بالتذكر والانتباه والإدراك وتكوين المفهوم وحل المشكلة، والتي يعتمد عليها للتحصيل الدراسي وتشكيل أهم الأسس التي يقوم عليها النشاط العقلي المعرفي للفرد، ومن ثم فإن العديد من المشكلات الدراسية يرجع إلى الاضطراب أو الخلل الذي يصيب واحدة أو أكثر من هذه العمليات.

وتعرفه المؤلفة بأنها قصور في واحدة أو أكثر من العمليات العقلية المعرفية المسئولة عن التحصيل الدراسي مثل التذكر والانتباه والإدراك وإدراك المفهوم

وحل المشكلة، بحيث لا يكون هذا القصور راجعاً إلى الإعاقة العقلية أو الإعاقات الحسية كالإعاقة البصرية والإعاقة السمعية.

ومصطلح صعوبات التعلم هو مصطلح عام يصف التلميذ الذي يظهر انخفاضاً في مستوى التحصيل الدراسي عن أقرانهم العاديين مع أنهم يتمتعون بذكاء عادي، إلا أنهم يظهرون صعوبة في بعض العمليات المتصلة بالتعليم كالانتباه أو الإدراك أو تكوين المفهوم أو التذكر أو حل المشكلة أو القراءة أو الكتابة أو التهجي أو إجراء العمليات الحسابية ( أحمد عواد،١٩٩٢ :٤٢).

كذلك يرى البعض أن صعوبة التعلم تشير إلى التلميذ الذي يكون مستوى ذكائه في حدود المتوسط على الأقل ولكنه يعاني من ضعف الأداء الأكاديمي يرجع إلى قصور نمائي في قدرته على التركيز والانتباه؛ ولذا فهو يتطلب طرق تعليم خاصة. (Alen Ross, 1997:).

ومن ثم وجد كثير من الباحثين في هذا المجال أن هناك عناصر مشتركة يتفقون عليها وتتبلور هذه العناصر المشتركة في أن صعوبة التعلم ليست ناتجة عن حالة إعاقة عامة كالتخلف العقلي أو الإعاقات الحسية أو إلى وجود شكل من أشكال التباعد في إطار النمو الذاتي لقدرات الطفل، كما أن صعوبة التعلم التي يعاني منها الطفل ذات طبيعة سلوكية كالتفكير أو تكوين المفاهيم أو التذكر أو النطق أو اللغة أو الهجاء أو الحساب.

وأن المهارات الأساسية الأكاديمية كالقراءة والكتابة والحساب تعتبر أوضح المجالات التي تظهر من خلال أداء الطفل فيها أنه يعاني صعوبة خاصة في التعلم.

كذلك أوضحت غالبية الدراسات وجود ارتباط بين صعوبات التعلم والخلل الوظيفي في الجهاز العصبي المركزي.(فتحي الزيات، ١٩٩٨، عزة سليمان، ٢٠٠١).

ولقد قدم المتخصصون في هذا المجال تصنيفاً لصعوبات التعلم يتسم بالدقة والشمولية، حيث ميزوا بين مجموعتين من صعوبات التعلم:

**المجموعة الأولى** وهي صعوبات التعلم النمائية Developmental Learning Disabilities وهي تلك التي تتعلق بالوظائف الدماغية والعمليات العقلية والمعرفية، وهي ترجع إلى اضطرابات وظيفية في الجهاز العصبي المركزي، فهي تشتمل على تلك المهارات المعرفية التي يحتاجها الفرد من أجل التحصيل في الموضوعات الأكاديمية وهي صعوبات الانتباه والإدراك والتفكير (تكوين المفهوم) والتذكر وحل المشكلة ، ومن ثم فهي تؤدي إلى العديد من الصعوبات الأكاديمية.

**أما المجموعة الثانية** فهي صعوبات تعلم دراسية Academic Learning Disabilities وهي المشكلات التي تظهر لدى الأطفال، إذا حدث اضطراب في العمليات النفسية السابقه ذكرها (الصعوبات النمائية)، ومن ثم يكون لدى الطفل صعوبة في تعلم الكتابة أو التهجي أو القراءة أو إجراء العمليات الحسابيةِ (فتحي الزيات، ١٩٩٨: ٤).

في حين يذكر سيد عثمان (١٩٩٧) أن هذين النوعين غير مستقلين تماماً بل هناك علاقة قوية بينهما فالطفل الذي يعاني من صعوبات تعلم نمائية غالباً ما يؤدي به إلى صعوبات تعلم أكاديمية.

**وقدم كيرك وكالفنت (١٩٨٨: ٧٨-٨٣) تصنيفاً لصعوبات التعلم وهى:**

## صعوبات التعلم النمائية:

هي بمثابة الصعوبات التي تتناول العمليات ما قبل الدراسية التي تتمثل في العمليات المعرفية المتعلقة بالانتباه والإدراك وتكوين المفهوم والتذكر وحل المشكلة، والتي يعتمد عليها التلميذ في عملية التحصيل الدراسي، ومن ثم فإن أي اضطراب يصيب واحدة أو أكثر من هذه العمليات فإنه يؤدي إلى العديد من المشكلات الدراسية والتي ترجع إلى اضطراب في وظيفة الجهاز العصبي المركزي،

مثل الإدراك الحسي والانتباه والتفكير والتذكر حيث تتعلق تلك الصعوبات بالعمليات العقلية التي يحتاج إليها الطفل في تحصيله الأكاديمي، ومن ثم يمكن تقسيمها إلى:

- صعوبات في نمو اللغة: وهي تشمل صعوبات في الاستقبال السمعي وصعوبات في التفكير والتنظيم السمعي وصعوبات في التعبير اللفظي.
- الصعوبات المعرفية: وهي تشمل صعوبات الانتباه والتذكر والإدراك وتشكيل المفهوم وحل المشكلة.
- الصعوبات البصرية الحركية: وتشتمل صعوبات في تناسق الحركات الدقيقة، ويحدث ذلك بالنسبة للأطفال الذين يتأخر نموهم البصري الحركي وأيضاً صعوبات في المهارات الحركية الكبرى حيث يعاني الطفل من صعوبات في تناسق حركاته.

## صعوبات تعلم أكاديمية:

وهي الصعويات وثيقة الصلة بصعوبات التعلم النمائية وتنتج عنها وهي مرتبطة بالموضوعات الدراسية الأساسية مثل صعوبة القراءة وصعوبة الكتابة أو إجراء العمليات الحسابية. (عبد الرحمن العيسوى، ١٩٩٩: ١٥٦).

## العوامل المؤدية لصعوبات التعلم:

يرى الباحثون في هذا المجال أن هناك العديد من الأسباب قد تؤدي إلى حدوث صعوبات التعلم، حيث تتعدد تلك الأسباب باختلاف خلفية وفلسفات العلماء والباحثين الذين يتناولون هذا الاضطراب بالدراسة، ومع ذلك يرون أن التحديد الدقيق للعوامل المؤدية لكل حالة من الأمور الصعبة، حيث تداخل العوامل مع بعضها البعض لتؤدي إلى حدوث الصعوبة ومن هذه العوامل ما يلي:

### العوامل العضوية والبيولوجية: Organic Factors:

يرى بعض المتخصصين في المجال الطبي، أن الأطفال الذين يشكون من خلل وظيفي بالمخ غالباً ما يعانون من صعوبات التعلم، حيث يتعرض الطفل أثناء الحمل أو الولادة أو بعدها إلى إصابات تؤثر على الدماغ وخاصة المسئولة عن عملية الفهم أو الإدراك أو السمع أو البصر. (بطرس حافظ، ١٩٩٩: ٣٨).

كما يعتقد بعض الباحثين في مجال صعوبات التعلم أن جميع الأطفال ذوي صعوبات التعلم يعانون من بعض الإصابات المخية Brain Injury أو اضطرابات في وظائف الجهاز العصبي المركزي Central Nervous System ولكن هناك مشكلة تتحدى هذا الافتراض وهي عدم وجود دليل على أن كل الأطفال ذوي صعوبات التعلم يعانون من إصابات مخية. (Heward and (Heimo,2003) .(Orlansky, 1992: 146

### العوامل الوراثية: Genetic Factor:

أوضحت الدراسات انتشار صعوبات التعلم بين أفراد الأسرة الواحدة وخاصة التوائم المتماثلة مما يشير إلى دور الوراثة.

(David and Peter Hall, 1996: 168؛ جمال الخطيب ومنى الحديدي، ١٩٩٨: ١٦٦).

### العوامل البيئية: Environmental Factor:

العوامل البيئية هنا تمثل في أن تكون البيئة البيولوجية من حيث العوامل التي تؤثر على النمو العقلي للطفل منذ لحظة الإخصاب مثل سوء تغذية الأم الحامل أو نقص الرعاية الجسمية أو النفسية وإصابتها ببعض الأمراض.

أو العوامل البيئية الاجتماعية أو الثقافية والمتمثلة في الأوساط المختلفة ذات الثقافات المتنوعة التي تساعد على دفع الفرد على التعلم ومنها البيئة الأسرية التي

تتناول الطفل بالتشكيل والتعديل وإكسابه العديد من النماذج السلوكية والمهارات حيث تتفق آراء العلماء على أن الملامح الرئيسية للطفل تتحدد بدرجة كبيرة من خلال الأسرة في هذه المرحلة العمرية.

كذلك البيئة المدرسية وما تتضمنه من مناهج دراسية وأساليب التدريس ومدى إشباعها لحاجات التلاميذ وميولهم مع العلم ، وكما أشار العلماء إلى أن هذه العوامل قد لا تسبب صعوبات التعلم ولكنها تسهم في حدوثها.

(Heward & Orlansky, 1992: 149; Sellars,2002, Garcia & De Caso, 2004؛ نبيل حافظ، ٢٠٠٠).

**خصائص الأطفال ذوي صعوبات التعلم:**

لقد اهتم العلماء والباحثون بتحديد خصائص الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم، لكي يتم تقديم الخدمات التي تساعدهم على تحسين قدراتهم في ضوء الخصائص المميزة لهم ومنها ما يلي:

- **الخصائص السلوكية:** ولقد أوضحت الدراسات والبحوث التي تناولت خصائص الأطفال ذوي صعوبات التعلم أنهم يتسمون بالخصائص السلوكية التالية:
- اضطراب الانتباه وشرود الذهن وقصور القدرة على التركيز والاندفاعية والنشاط الزائد.
- قصور الإدراك الحسي السمعي والبصري أو أحدهما مع عدم القدرة على إدراك تسلسل الأرقام وكذلك التفريق بين الأصوات المختلفة.
- اضطراب التآزر العام ومشكلات التوجه.
- سرعة النسيان وضعف الذاكرة.
- تأخر نمو اللغة والكلام.

- الصعوبات الأكاديمية النوعية في القراءة والكتابة والهجاء والحساب.
- (Stakes and Hornby, 2000: 14؛ عثمان فراج، ٢٠٠٢: ١٦٥).

**الخصائص الاجتماعية:**

إن هؤلاء الأطفال يظهرون العديد من جوانب القصور في الجوانب الاجتماعية والانفعالية مثل عدم الثقة بالنفس والمفهوم السلبي عن الذات والانطواء وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية.

كذلك يتسمون بأنهم سيئي التوافق النفسي وعديمي القدرة على الاستقرار الانفعالي، والتمركز حول الذات، وتبدو عليهم أعراض القلق النفسي العام بجميع أبعاده (الانفعالي / الفسيولوجي والمعرفي)، كما وجد أنهم يعانون من بعض المشكلات الانفعالية ونقص الدافعية اللازمة للتعلم. أمان محمود وسامية صابر (٢٠٠٣)، Richardson,(1998)

## الاتجاهات النظرية المفسرة لصعوبات التعلم:

قدم علماء النفس والتربية تفسيراً لصعوبات التعلم من خلال أطر نظرية وهي كالتالي:

### الاتجاه النفسي العصبي:

يرى بعض العلماء أن قصور الوظائف الإدراكية والمعرفية واللغوية والمهارات الحركية ترجع إلى اضطراب الجهاز العصبي المركزي أي التلف العضوي الذي يصيب مناطق معينة في الدماغ يؤدي إلى قصور في كفاءته الوظيفية.

ومن ثم فإن التشخيص هنا يكون من جانب إخصائي الأعصاب والطبيب النفسي حيث يمكن الاستدلال عليه من التلف العضوي في المخ المؤدي إلى قصور في كفاءته الوظيفية؛ ولذا فالعلاج من وجهة نظرهم يتضمن استخدام العقاقير.

### الاتجاه النمائي:

يرى أصحاب هذا الاتجاه أن ثمة مراحل متتابعة للنمو لكل منها خصائصها وهذه المراحل المتعاقبة للنمو لكل منها خصائصها من حيث البيئة والوظيفة ولذا لابد من مراعاة هذه الفروق من قبل الوالدين والمعلمين، ويتم التشخيص عن طريق استخدام قوائم النمو والمقاييس الخاصة بالاستعدادات العقلية والميول، بمعنى دراسة الحالة للتعرف على أسباب صعوبات التعلم في مقرر ما، والعلاج يبنى على أساس مراعاة الفروق الفردية في التحصيل والتي تشير إلى أن كل تلميذ له معدله الخاص في النمو والتحصيل الدراسي.

### الاتجاه السلوكي:

يرى أصحاب هذا الاتجاه أن صعوبات التعلم هي ناتج أساليب التحصيل الدراسي الخاطئة والتي ترجع إلى استخدام طرق التدريس غير الملائمة والافتقار إلى الوسائل التعليمية والأنشطة التربوية المناسبة، بالإضافة إلى الظروف البيئية غير الملائمة سواء في المنزل أو المدرسة أو المجتمع.

ومن ثم يتمحور العلاج من وجهة نظرهم في أهمية التعرف على الظروف البيئية وعوامل التنشئة الاجتماعية، والتاريخ التعليمي والتحصيلي مع دراسة الخصائص السلوكية لتلك الفئة مثل عدم الثقة بالنفس والاعتمادية والقلق والإحباط والنشاط الحركي الزائد للطفل، ومن ثم العمل على إتباع البرامج الفردية التي تتمركز حول الطفل وتركز على تعديل السلوك الظاهر عن طريق إتاحة فرص عديدة لممارسة المهارات الجديدة واستخدام التعزيز الموجب لتدعيم الأنماط السلوكية المرغوبة. (جمال القاسم، ٢٠٠٠: ٣).

### الاتجاه المعرفي:

أصحاب هذا الاتجاه يرجعون صعوبات التعلم إلى خلل في العمليات العقلية الخمس المسئولة عن صعوبات التعلم النمائية وهي الانتباه والإدراك وتكوين

المفهوم والتذكر وحل المشكلة، ويرى أصحاب هذا الإطار أن صعوبات التعلم تنشأ حين يفشل التلميذ في القيام بأحد الأنشطة التالية:

- القيام بعمليات التذكر بمستوياتها المختلفة.
- تكوين بنية معرفية قوامها الخبرات المكتسبة.
- استخدام استراتيجيات معرفية في التعلم ومعالجة الخبرات التربوية. (فتحي الزيات، ١٩٩٨؛ نبيل حافظ: ٢٠٠٠).

- **اضطرابات القلق: Anxiety Disorders:**

يعد القلق واضطراباته من أهم الاضطرابات النفسية التي تؤثر على الإنسان، حتى أطلق بعض علماء النفس والطب النفسي على هذا القرن بأنه عصر القلق ، حيث تقدر الإحصاءات أن واحداً من كل أربعة أشخاص يتعرض يوماً ما لواحد أو أكثر من اضطرابات القلق، ويحتل القلق في علم النفس الحديث مكانة بارزة حيث يعتبر سمة رئيسية في معظم الاضطرابات العصابية فنجده مرافقاً لكثير من الاضطرابات العصابية الأخرى كالخوف والوساوس والاكتئاب. (محمود حمودة، ١٩٩٧: ٣٤١).

ولقد تعددت التعريفات التي تناولت القلق حيث يعرفه معجم علم النفس والطب النفسي بأنه شعور عام بالخوف من شر مرتقب أو كارثة توشك أن تحدث وهو استجابة لتهديد غير محدد، وغالباً ما يصدر عن الصراعات اللاشعورية ومشاعر عدم الأمن ، وهنا يعبئ الجسم إمكانياته لمواجهة التهديد فتتوتر العضلات ويتسارع النفس ونبضات القلب. (جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي، ١٩٩٥: ٢١٩).

كذلك يعرفه حامد زهران (١٩٩٧: ٤٨٤) بأنه حالة توتر شاملة ومستمرة نتيجة توقع أو تهديد بخطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصحبها خوف غامض أو أعراض نفسية وجسمية.

وللقلق وجهان مختلفان فمن ناحية قد يساعد القلق الفرد على تحسين الذات والوصول إلى مستويات أعلى من الكفاءة والإنجاز، ومن ناحية أخرى يمكن للقلق أن يضر بالفرد ويسبب له التعاسة في حياته، والفرق بين وجهي القلق يكمن في الدرجة التي يكون عليها بمعنى أنه يفضل أن يكون على درجة من الاعتدال.

ويرى Spence (1998) أن القلق هو بمثابة دافع مكتسب له القدرة على شحذ الفرد في مواقف التعلم وبالتالي يزيد من سرعة التعلم وتحسين الأداء.

ويزخر التراث النفسي بالإشارة إلى العديد من أنواع القلق مثل القلق الموضوعي، والقلق العصابي، والقلق الخلقي، القلق الاجتماعي، قلق الانفصال، قلق الامتحان، وهكذا.

والقلق – كما سبق – هو عملية نفسية شائعة بين غالبية الأفراد فكل واحد منهم يخبر عن القلق الذي عانى منه في بعض المواقف، ولكن علماء النفس المعاصرين يفرقون بين نوعين من القلق هما قلق الحالة وقلق السمة . وحالة القلق Trait anxiety هي حالة انفعالية طارئة وقتية، وهذا يعني أن الفرد يشعر بها في موقف معين تزول بزوال المصدر (أي مصدر التهديد) وبذلك تكون حالة القلق غير ثابتة تتغير من موقف لآخر فهي حالة مؤقتة تحدث نتيجة لمثير، وتتفاوت هذه الحالة تبعاً لتفاوت درجة هذا المثير، وتتضمن هذه الحالة مشاعر التوتر والخشية مصاحبة بردود فعل فسيولوجية، وهذه الحالة تستثار بموقف يدركه الفرد على أنه مصدر للقلق.

أما سمة القلق فهي استعداد سلوكي في معظمه يظل كامناً عند الفرد حتى تنتبه منبهات داخلية أو خارجية فهي تشير إلى الفروق الفردية الثابتة نسبياً في النزوع أو التهيؤ والاستعداد للقلق، كذلك تشير إلى الفروق بين الأفراد في الاستعداد لإدراك مدى واسع من المواقف بوصفها مهددة، ومن ثم الاستجابة لهذه المواقف بدرجات مرتفعة من القلق ، والفرد في هذه الحالة يكون قلقا باستمرار دون تحديد

لوقت أو مثير كذلك يكون مستعداً أو مهيأ بدرجة عالية لأن يخبر القلق في مواقف عديدة وتحت كثير من الظروف. (علاء الدين كفافي، ١٩٩٧: ٣٤٣).

وينظر سبيلبرجر إلى سمة القلق على أنها سمة مفردة مركزية وهى قائمة على الخبرات السابقة كما أن الشخص الذي يتصف بمستوى عال من النزوع أو التهيؤ للقلق يكون مهيأ لأن يدرك أخطاراً في علاقاته بالآخرين التي تتضمن التهديدات الموجهة للأنا بمستوى مرتفع من القلق. (Levitt, 1980: 14).

ومما سبق يتضح أن الاستعداد للقلق يبقى كامناً ويستثار بمثيرات أو مواقف مهددة لذات الفرد ، ويستخدم مصطلح القلق ليشير إلى فروق فردية ثابتة نسبياً ولا تظهر سمة القلق مباشرة في السلوك وإن كان يمكن استنتاجها من تكرار ارتفاع حالة القلق لدى الفرد عبر الزمن، كما أن الأشخاص ذوي الدرجة المرتفعة في سمة القلق كالعصابيين قابلون لإدراك العالم على أنه خطر ومهدد أكثر من الأفراد ذوي الدرجات المنخفضة في سمة القلق، ومن ثم فإن الأفراد ذوي الدرجة المرتفعة هم أكثر الأفراد التي تهاجمهم المواقف العصبية ويميلون لإدراكها على أنها مهددة لذواتهم. (أحمد عبد الخالق، ٢٠٠٠: ١٩).

**أنواع القلق: لقد ميز فرويد بين ثلاثة أنواع من القلق وهي كالتالي:**

### القلق الموضوعي Objective Anxiety:

القلق الموضوعي هو عبارة عن خوف عادي ومفيد حيث يجعل الشخص يستعد لمواجهة الخطر الذي يتهدده، ومصدر القلق يكون واضحاً وعادة ما يرتبط هذا القلق بالعالم الخارجي.

### القلق العصابي Neurotic Anxiety:

من خلال هذا النوع من القلق يشعر الفرد بحالة من الخوف الغامض وغير المحدد ومن ثم تعبر عنه أعراض نفسية وفسيولوجية.

والقلق العصابي يمكن أن يكون حالة عامة تتكرر على شكل نوبات يسميها فرويد حالة القلق الطاغي Free Floating Anxiety، وترجع الأسباب في هذه الحالة إلى عوامل داخلية وهي الدفعات الغريزية (الهو) توشك على أن تتغلب على الدفعات وتحرج (الأنا) إحراجاً شديداً، لأنها تجعله في صدام مع المعايير الاجتماعية، ويتمثل القلق العصابي في بعض الصور منها مشاعر الخوف الدائمة التي يستشعرها الفرد في جميع المواقف فنجد الفرد يتجنب كثيرا من المواقف ويتسم سلوكه بالعزلة والانطواء ، وهذا النوع من القلق قسمه فرويد إلى ثلاثة أنواع وهي القلق الهائم الطليق وقلق المخاوف المرضية وقلق الهستيريا. (عبد المطلب القريطي، ٢٠٠٣: ١٠٣).

### القلق الخلقي Moral Anxiety:

هذا النوع من القلق ينشأ نتيجة تحذير أو لوم الأنا الأعلى للفرد وذلك عندما يفكر الفرد في الإتيان بسلوك يتعارض مع القيم التي يمثلها جهاز الأنا الأعلى. ويتمثل هذا القلق في مشاعر الخزي والإثم والخجل، ويصل إلى درجته القصوى في بعض أنواع الأعصبة كعصاب الوسواس القهري الذي يعاني صاحبه من السيطرة المستبدة من الأنا الأعلى. وهو ذلك القلق الذي يخبره الناس في الأحوال الطبيعية كرد فعل على الضغط النفسي أو الخطر، عندما يحاول الإنسان تمييز الشيء الذي يهدد أمنه وسلامته. (فاروق عثمان، ٢٠٠١: ٢١).

أما ديفيد شيهان (١٩٨٨: ١٦-١٧) فقد صنف القلق في نوعين أساسيين هما:

القلق خارجي المنشأ Exogenous: وهو ذلك القلق الذي يخبره الناس في الأحوال الطبيعية كرد فعل على الضغط النفسي أو الخطر، وعندما يستطيع الإنسان أن يميز بوضوح شيئاً يهدد أمنه أو سلامته.

القلق داخلي المنشأ Endogenous: حيث يولد الفرد ولديه استعداد وراثي له، وهو عادة ما يبدأ بنوبات القلق دون إنذار مسبق أو سبب ظاهر، فيشعر الفرد

كأن الأمر يداهمه من داخل جسمه وليس استجابة لوقائع خارجية، والمصاب بهذا النوع من القلق يشعر بزيادة دقات القلب أو يحس بالدوار أو الاختناق أو قد يحدث التنميل حتى عند غياب أي ضغوط أو خطر ظاهر.

ولقد قدم حامد زهران (١٩٩٧: ٤٨٥) تصنيفاً للقلق كالتالي:

**القلق الموضوعي العادي:** ويكون مصدر القلق خارجياً وموجود فعلاً ويطلق عليه أحياناً اسم القلق الواقعي أو القلق الصحيح أو القلق السوي، ويحدث هذا في مواقف التوقع والخوف من فقدان شيء مثل القلق المتعلق بالنجاح في عمل جديد أو امتحان.

**حالة القلق Anxiety state أو القلق العصابي:** وهذا النوع من القلق داخلي المصدر وأسبابه لا شعورية مكبوتة غير معروفة ولا مبرر له ولا يتفق مع الظروف الداعية إليه.

**القلق العام:** وهو لا يرتبط بأي موضوع محدد بل يكون القلق غامضاً وعاماً وهائماً.

**القلق الثانوي:** في هذا النوع يظهر القلق كعرض من أعراض الاضطرابات النفسية الأخرى، حيث يعتبر القلق عرضاً مشتركاً في جميع الأمراض النفسية تقريباً.

وإذا تطرقنا إلى الدراسات في هذا الموضوع فنجد أن هناك مجموعة من الدراسات تناولت صعوبات التعلم وعلاقتها ببعض الجوانب الأخرى حيث أشارت إلى أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يختلفون عن العاديين في أنهم أقل تنظيماً وأكثر عدواناً وميلاً للعب الفردي وأكثر عرضة لسوء التوافق الاجتماعي Solomon (1993) كما أوضحت دراسة أخرى أن هؤلاء الأطفال يعانون من قصور في المفردات اللغوية وصعوبات في معالجة الكلام ، وأشارت بعض

الدراسات أن هناك مجموعة من الاضطرابات النفسية يعاني منها الأطفال ذوى صعوبات التعلم مثل الانطواء وارتفاع نسب القلق ولديهم قدر كبير من الاعتمادية.

Mayers(2005),Stephanie H. Manaugly(1996)

ودراسات أخرى حاولت التعرف على السمات الشخصية المميزة للتلاميذ ذوى صعوبات التعلم مثل صورة الذات السالبة وعدم القدرة على التوافق مع الآخرين وانخفاض الدافع للإنجاز وعدم الثقة بالنفس وضعف القدرة على المثابرة وبذل المجهود وفي التحصيل الدراسي.(Stephanie Mlanaugly (1996 ، محمد المرسي (١٩٩٣).

وهناك من يرى أن الاضطرابات النفسية قد تكون سببا أو نتيجة لصعوبات التعلم والتي تتمثل في القلق والقلق العام والإجهاد النفسي والنشاط الزائد والعدوانية والإحساس بالخوف والخجل والانطواء ، محمد محمود سالم (١٩٩٣)، أمان محمود(١٩٩٧)،.

وقام كل من (Zeljko and Angela (2005 بدراسة للتعرف على درجة القلق لدى هؤلاء التلاميذ وعلاقتها بتقدير الذات لديهم والإنجاز الدراسي مستخدمين مقياس القلق للأطفال إعداد: (Vulic Portric (2004 ومقياس Copersmith لتقدير الذات وأسفرت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطيه بين تقدير الذات والإنجاز الدراسي وأن هؤلاء الأطفال يعانون من درجات مختلفة من اضطراب القلق وأنه يؤثر بشكل سلبي على تحصيلهم الدراسي.

ودراسة أخرى قام بها (Stockly Ceorge (2004 بهدف دراسة العلاقة بين الخجل وحالات القلق لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية وذلك من خلال متابعة الخجل الملحوظ لدى التلاميذ والقلق الاجتماعي وأثر ذلك على التحصيل الدراسي لديهم ، وأظهرت النتائج أن هناك تداخلا قويا بين القلق الاجتماعي والخجل ، كما أظهرت أن هؤلاء التلاميذ أقل التقييمات على المستوى الأكاديمي.

ولقد أكدت بعض الدراسات على أن القلق يعتبر أحد الانفعالات الأساسية لدى الفرد وهو ظاهرة نفسية معقدة ويتحدد في متغيرات متعددة سواء كانت متغيرات عقلية معرفية أو مظاهر فسيولوجية أو انفعالية أو اجتماعية واهتم بها كثير من الباحثين ، وتناولها من نواحي متعددة Kendal (1994) ,Westerberg et al.(1999) وأن القلق الاجتماعي يؤدي بالأطفال إلى عدم الشعور بالطمأنينة ويبدو ذلك من خلال المشكلات الاجتماعية السلوكية Spence(1991) Moussa et al.(1997) .

واهتمت بعض الدراسات بتقديم بعض البرامج الإرشادية مثل برامج العلاج السلوكي المعرفي والتدريبية لتخفيف حدة بعض الاضطرابات النفسية لدى الأطفال ذوي الصعوبات التعلم ، حيث نرى أن الاضطرابات النفسية والانفعالية لها أثر بالغ على الأداء الدراسي لدى هؤلاء الأطفال Ribeiro (2005) ،أشرف عبد الغفار(٢٠٠٤).

ومن الدراسات التي اهتمت بوضع البرامج العلاجية منها من اهتم بتحسين مفهوم الذات وتقدير الذات للأطفال ذوي صعوبات التعلم من خلال النماذج الإرشادية، والتعلم بالأنموذج وتبادل الأدوار لكل من الوالدين والمدرسين والتي كانت ذات أثر فعال في تدريب وإكساب هؤلاء الأطفال بعض النماذج السلوكية السوية Guind, Jerry (1993) .

ودراسة أخرى اهتمت بالأطفال ذوي صعوبات التعلم الناتجة عن الخلل الوظيفي بالمخ وخفض مظاهر الاضطرابات السلوكية، واضطراب العسر الكتابي، وذلك عن طريق برنامج لتعديل سلوك هؤلاء الأطفال. محمد مصطفى (١٩٩٤) أو تعليم القراءة باستخدام الكمبيوتر لعلاج حالات صعوبات التعلم للأطفال ممن لديهم صعوبات في تعلم القراءة وعدم القدرة على الاستدلال في التعرف على العلاقة بين الحروف والكلمات ، ويجدون غموضا في فهم المادة المقروءة ، ومن ثم

استخدام الكمبيوتر في التدريب على مهارات القراءة (خاصة قراءة النص المترابط) والتدريب على التمييز والإدراك الصوتي (1995) Torgesen and Barker .

كذلك وجد (1997) Herbert James أن هناك تحسناً ملحوظاً لهؤلاء الأطفال بعد تطبيق برنامج يتضمن بعض الفنيات والاستراتيجيات التربوية حيث لوحظ تحسن في بعض الجوانب العقلية المعرفية كالتفكير والذاكرة والقدرة على الاستيعاب والانتباه، إلى جانب خفض بعض المشكلات السلوكية كمشكلات الاندفاعية والنشاط الزائد. وقدم (1998) Scott Adam دراسة للتعرف على مشكلات الإدراك الاجتماعي ثم تصميم برنامج لتخفيف هذه المشكلات لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم حيث تم توفير حرية اختيار المهام للتلاميذ والمشاركة في المناقشة الحرة القائمة على الحوار مع الباحث، واستخدام طرق (الحلول البديلة ولعب الأدوار) فكانت أكثر فاعلية لحل مجموعة من المشكلات التي تواجههم، كذلك وجد أن هناك تحسناً ملحوظاً في مهارات التفكير والمهارات المعرفية ومهارات حل المشكلات الإدراكية.

كما وجد (1991) Maccow Gloria أن التلاميذ ذوي صعوبات التعلم تنقصهم الخبرة، وأنهم يتسمون بالخمول وضعف التركيز وضعف الدافعية عند مواجهة أي مشكلة، ولذا استخدمت برنامجاً تعليمياً وعلاجياً يعمل على تنشيط القدرة المعرفية واكتساب بعض المهارات والمفاهيم وإدراك الهدف لكل مهمة من المهام المستخدمة في تلك المهارات.

وركزت بعض الدراسات في مداخلها العلاجية المستخدمة في علاج صعوبات التعلم على تحليل المهام، لما له من أثر في تحسين الإنجاز الأكاديمي وتحسين قدرتهم على التمييز بين الحروف المتشابهة، والقدرة على الملاحظة كما أفاد في مد الأطفال بالعناصر الأساسية اللازمة للقراءة والتفكير والكتابة واستخدام الكمبيوتر. (1999) Rothenberg أو استخدام استراتيجية بنية القصة Story Sturcture في تحسين اللغة الشفوية لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم، وتحسين

مهارات الفهم السمعي وبنية القصة وكذلك دراسة رحاب برغوث (٢٠٠٢) والتي استخدمت بعض الأنشطة (حركية وعقلية وفنية) لتنمية مهارات الاستعداد للقراءة والكتابة للأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلم القراءة والكتابة .

كما هدفت دراسة Hatcher et al. (2004) إلى المقارنة بين ثلاث طرق لتدريس الأطفال الذين لديهم صعوبات في تعلم القراءة وهي التدريس الإيقاعي والتدريس الصوتي أو التدريس الذي يجمع بين الإيقاع الصوتي ؛ حيث وجد أن الأخير ذا أثر فعال مع الأطفال.

وتم تطبيق البرنامج على مجموعة من (١٢) تلميذا من تلاميذ المرحلة الابتدائية ممن تتراوح أعمارهم الزمنية( ما بين ٩،٢- ١٢ ) عاماً بمدرسة الطبري الابتدائية بمصر الجديدة.

ولقد طلبت المؤلفة من المدرسين أن يحددوا عدد التلاميذ ذوي صعوبات التعلم وذلك بناء على درجات التلاميذ في الاختبارات التحصيلية خاصة في مقررات اللغة العربية والحساب، ثم طُبق عليهم قائمة تشخيص صعوبات التعلم النهائية واختبار الذكاء الابتدائي . إعداد القوصي وآخرين(١٩٧٤) وكانت شروط العينة كالتالي:

- أن يكون التلاميذ من حصلوا على ٦٥٪ فأكثر من المجموع الكلي لدرجات قائمة تشخيص صعوبات التعلم النهائية .
- ألا يقل نسبة ذكاء التلميذ عن (٩٠) حيث تتراوح نسب ذكائهم ما بين ٩٠- ١١٠.
- تم تقسيم العينة النهائية المكونة من (١٢) تلميذا إلى مجموعتين وهما مجموعة تجريبية (٦) أطفال والمجموعة الضابطة (٦) أطفال .

لقد تمت مجانسة عينة الدراسة في المجموعتين التجريبية والضابطة في العمر الزمني و العمر الفعلي المستوى الاجتماعي الاقتصادي.

ولقد تم استخدام الأدوات التالية:

## قائمة تشخيص صعوبات التعلم النمائية (إعداد المؤلفة):

تهدف هذه القائمة إلى الكشف عن صعوبات التعلم النمائية التي يعاني منها الأطفال في المرحلة الابتدائية، ولقد تم إعداد القائمة في ضوء اضطلاع المؤلفة على عدد من الدراسات العربية والأجنبية التي تحدثت عن صعوبات التعلم النمائية مثل، أحمد عواد وآخرون(١٩٩٥) ، كذلك الاطلاع على بعض المقاييس المرتبطة بصعوبات التعلم مثل استبيان العوامل المرتبطة بصعوبات التعلم النمائية إعداد: أنور الشرقاوي (١٩٨٣) ، مقاييس تقدير الخصائص السلوكية لذوي صعوبات التعلم. إعداد: فتحي الزيات (١٩٨٩) ومقياس التعرف على صعوبات التعلم النمائية. إعداد: أحمد عواد (١٩٩٤)، مقياس كونرز(١٩٩٧) لتقدير سلوك الأطفال بالإضافة إلى عدد من المقاييس الأجنبية التي اهتمت بتحديد مظاهر صعوبات التعلم مثل:

Lazarus et al. (1984),Bryan (1991), Cavanough et al. (1997)

مما سبق توصلت المؤلفة لاستخلاص العناصر الأساسية التي تمثل المحاور الرئيسية لصعوبات التعلم النمائية وهي كالتالي:

**صعوبات التذكر:**

عملية التذكر تعني نشاط معرفي يعكس قدرة الطفل على تنظيم الخبرات المتعلمة وتخزينها ثم استدعائها للاستفادة منها عند الحاجة، وهي تتضمن بعض المهام لتشخيص التذكر قصير المدى سواء كان سمعياً أو بصرياً أو لفظياً ولتشخيص التذكر طويل المدى .

**صعوبات الانتباه:**

الانتباه يعني قدرة الطفل على الوعي والتركيز بالمثيرات الحسية الواضحة المرتبطة بالموقف والتي تساعده على اكتساب المعلومات.

صعوبات الإدراك:

هي عملية عقلية يستطيع توظيف الأنظمة الحسية من أجل استقبال المثيرات ثم تفسيرها وإعطائها دلالة، أي إعطاء معاني ودلالات وتفسيرات للمثيرات أو المعلومات الحسية.

صعوبات حل المشكلة:

وهي تعني قدرة الطفل على التعامل بكفاءة مع المشكلات الموقفية، والتغلب على ما يقابله من عقبات في المواقف المختلفة.

صعوبات تكوين المفهوم:

وهي تعني قدرة الطفل على تكوين فكرة عامة عن الشيء أو الشخص أو الموقف.

**مقياس اضطراب القلق (إعداد المؤلفة (٢٠٠٦) ):**

استخدمت المؤلفة مقياس اضطراب القلق والذي قامت بإعداده في بحث سابق عام (٢٠٠٦) ولكنها قامت بعمل دراسة استطلاعية للمقياس حيث طُبق على (١٠٠) تلميذ من الذكور والإناث ممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (٩-١٢) عاماً بمرحلة التعليم الأساسي بهدف الوقوف على مدى وضوح العبارات للتلاميذ وفهمها واستبعاد وتعديل العبارات غير المفهومه للتلاميذ.

والمقياس يتضمن العناصر الأساسية التي تمثل المحاور الرئيسية لأعراض القلق وهي كالتالي:

- المظاهر الفسيولوجية.
- المظاهر الانفعالية.
- المظاهرالعقلية.
- توقعات تشاؤميه.
- المظاهر الاجتماعية.

وقد تم تقنين المقياس على عينات من تلاميذ المرحلة الإعدادية في مدارس محافظة القاهرة .

## برنامج التعليم العلاجي لتحسين صعوبات التعلم النمائية (إعداد المؤلفة):

التعليم العلاجي هو نوع من التعليم ليس مختلفاً عن التعليم ذاته، إلا أنه تعلم ذو طبيعة خاصة يستمد أهميته من أنه يركز على صعوبات التعلم بحيث يساعد من هو يعاني منها على تخطيها وهو قائم على كل ما يقوم به التعليم من مبادئ مستقرة ومتعارف عليها (سيد عثمان،١٩٩٧: ٣٩).

**أهداف البرنامج:**

تتمثل الأهداف في تحسين قدرة الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم النمائية وتحسين قدرتهم على الانتباه والإدراك والتذكر وتنمية قدرتهم على حل المشكلة وتكوين المفهوم.

**الأهداف الإجرائية للبرنامج تتمثل في تدريب الأطفال على المهارات التالية:**

### أ- مهارة الانتباه:

بمعنى تنظيم أكثر من حاسة ونشاط في الانتباه وتدريب الطفل على مهارات التمييز السمعي والبصري والحسي والحركي، وزيادة قدرته على انتقاء المثيرات.

### ب- مهارة الادراك:

مساعدة الطفل على تنظيم وتفسير المعطيات الحسية التي تصل إليه لزيادة وعيه بما يحيط به من خلال تحسين قدرته على التمييز بين الأصوات ودلالتها والتمييز البصري للأشكال، وذلك لأن النمو المعرفي يعتمد بصورة أساسية على سلامة الوظائف الإدراكية.

### ج- مهارة التذكر:

تنمية قدرة الطفل على استدعاء المعلومات المخزنة في الذاكرة والتي اكتسبها من خلال تفاعله الحسي مع البيئة المحيطة، لكي يوظفها في حياته اليومية والمدرسية.

### د- مهارة تكوين المفهوم:

تنمية قدرة الطفل على تكوين فكرة (مفهوم) عن شيء أو شخص أو موقف أي تنمية تشكيل المفهوم من خلال الظواهر والمواقف التي يشاهدها الطفل، وتنظيم أفكاره وإدراك علاقة التشابه والتضاد في المكان والزمان.

### هـ- مهارة حل المشكلة:

تنمية قدرة الطفل على إيجاد حل لمأزق أو مشكلة أو موقف صعب، وهذا الحل يخضع لقواعد معرفية مثل إجابة سؤال محير أو حل مسألة رياضية أو استكشاف حل لمشكلة حياتية، وذلك من خلال تدريب الطفل على الملاحظة الدقيقة وجمع المعلومات وتنظيمها وتفسيرها، وصولاً إلى حل المشكلة التي تواجه.

### محتوى جلسات البرنامج وأنشطته:

يتضمن هذا البرنامج مجموعة من التدريبات والأنشطة والفنيات لتحسين صعوبات التعلم، ويركز كل نشاط على تحقيق هدف أو أكثر لرفع مستوى الأداء العقلي المعرفي للأطفال ويتضمن البرنامج الأنشطة التالية:

- أنشطة تدريبية لتحسين صعوبات الانتباه.
- أنشطة تدريبية لتحسين صعوبات الإدراك.
- أنشطة تدريبية لتحسين صعوبات التذكر.
- أنشطة تدريبية لتحسين صعوبات تكوين المفهوم.
- أنشطة تدريبية لتحسين صعوبات حل المشكلة.

كذلك عمدت المؤلفة إلى استخدام بعض الفنيات السلوكية مثل التعزيز Reinforcement والنمذجة Modeling والمحاكاة Imitation حدود البرنامج.

استمر تطبيق البرنامج شهرين ونصفا بواقع جلستين في الأسبوع الواحد . والجدول التالي يوضح رسما تخطيطيا لجلسات البرنامج.

## جدول (٢)

## رسم تخطيطي لجلسات البرنامج

| رقم الجلسة | موضوع الجلسة | الهـــــدف | زمن الجلسة |
|---|---|---|---|
| ١ | | تعارف بين المؤلفة والأطفال. | ٤٥ دقيقة |
| من الثانية إلى الخامسة | تحسين صعوبات الانتباه | o تحسين قدرة الأطفال على انتقاء المثيرات<br>o تحسين تسلسل عملية الانتباه<br>o زيادة مدة الانتباه في المدة والمدى<br>o تخفيف اضطرابات النشاط الزائد والاندفاعية | ٤٥ دقيقة |
| من السادسة إلى التاسعة | تحسين صعوبات الإدراك | o تحسين الإدراك السمعي لدى الطفل.<br>o تحسين قدرة الطفل على التمييز السمعي.<br>o تحسين قدرة الطفل على التمييز البصري.<br>o تحسين صعوبات السرعة الإدراكية. | ٤٥ دقيقة |
| العاشرة والحادية عشره | تحسين صعوبات الإغلاق<br>الإغلاق السمعي ، الإغلاق البصري | o تدريب الطفل على معرفة الكل عندما يفقد جزءا من أجزائه .<br>o تدريب الطفل على إكمال الأجزاء المتوالية | ٤٥ دقيقة |
| من الثانية عشره إلى الرابعة عشر | تحسين صعوبات تكوين المفهوم | o تحسين قدرة الطفل على تشكيل المفهوم من خلال الظواهر المحيطة .<br>o التمييز بين المفاهيم المكانية والزمنية. | ٤٥ دقيقة |
| من الخامسة عشر إلى الثامنة عشر | تحسين صعوبات التذكر | o تحسين الذاكرة البصرية .<br>o تحسين القدرة على التذكر السمعي.<br>o تحسين الذاكرة اللفظية. | ٤٥ دقيقة |
| من التاسعة عشر إلى العشرين | تحسين صعوبات حل المشكلات | o تنمية قدرة الطفل على الاستنتاج في ضوء المعلومات المتاحة .<br>o تنمية مهارة الطفل على التعامل مع الموقف المحير (المشكل) .<br>o تنمية مهارة الطفل على إيجاد الحلول للمشاكل العلمية. | ٤٥ دقيقة |

## ملحق (٣)

## جلسات برنامج التعليم العلاجي لتحسين

## صعوبات التعلم النمائية

## إعداد : أ.د/ سهير محمود أمين

### الجلسة الأولى:

**الأهداف:**

- تعريف التلاميذ بأهمية البرنامج وأهدافه ومبرراته المنطقية.
- تدعيم التفاعل بين التلاميذ بعضهم البعض وبين المؤلفة والتلاميذ.
- تبادل بعض المعلومات والبيانات الشخصية وبين المؤلفة والأطفال حيث أوضحت المؤلفة أهداف البرنامج بالنسبة للتلاميذ ومدى أهميته في تذليل بعض الصعوبات التي تواجههم سواء في المدرسة أو المنزل.

### من الجلسة الثانية إلى الخامسة:

الهدف: تحسين قدرة الأطفال على الانتباه وانتقاء المثيرات وذلك من خلال قيام المؤلفة بقراءة قصة تناسب مستوى الأطفال في تلك المرحلة العمرية.

**الأهداف الإجرائية :** تحديد الأفكار التي تدور حول القصة وتدوينها.

- توجيه انتباه الأطفال نحو المثيرات ذات العلاقة بموضوع القصة.
- العمل على تحسين تسلسل عملية الانتباه لدى الأطفال من خلال توجيه انتباه الأطفال إلى تسلسل أحداث القصة بشكل منتظم.
- تحسين قدرة الطفل على الانتباه في المدة والمدى من خلال تحليل أفكار لقصة إلى جمل ومنها إلى كلمات ونطقها نطقاً سليما مع التركيز على زيادة الوقت المطلوب لأداء المهمة.

الجلسة: من السادسة إلى التاسعة:

الهدف: تحسين صعوبات الإدراك.

الأهداف الإجرائية:

أولاً: تحسين قدرة الطفل على التمييز بين الأصوات المسموعة وذلك من خلال:

- استخدام شرائط الكاسيت المسجل عليها أصوات (الحيوانات / الطيور. خرير الماء. صوت القطار).
- التدريب على الاستماع إلى نفس الأصوات السابقة في خلفية من الضجيج.
- تحسين قدرة الطفل على التمييز بين سماع أصوات الكلمات المتشابهة في النطق
- وذلك من خلال تدريب الطفل على التمييز بين الكلمات المتشابهة في نفس الإيقاع مثل نحلة / نخلة ، قطة / شنطة / بطة ثم وضع الكلمة في جملة للتأكد من فهمه للمعنى.
- تدريب الطفل إدراك الفروق بين أسماء الأعداد "٦ / ٦٠ / ٤ / ٤٠"وذلك من خلال قراءتها تدريب الطفل على التميز بين أصوات الأفراد المسموعة [ذكوراً أو إناثاً].
- تدريب الطفل على التعرف على صوت الشخص المتحدث من خلال جهاز التليفون أو من وراء حاجز.
- تدريب الطفل على التعرف على أصوات زملائه دون أن يراهم (من خلف حاجز للرؤية).
- تدريب الطفل على توظيف الكلمة التي يسمعها ووضعها في جملة للتأكد من فهمها لمعنى الكلمة.

**ثانيا: تحسين قدرة الأطفال على الإدراك البصري:**

- تدريب الطفل على التعرف على الاختلافات الموجودة في مجموعة من الصور.
- تدريب الطفل على التعرف على أوجهة التشابه بين مجموعة من الصور.
- تدريب الطفل على التعرف على الأشكال المتطابقة.
- تدريب الطفل على التمييز بين الأحرف القريبة الشبه في الشكل.
- تدريب الطفل على التمييز بين الأعداد المتشابهة في الشكل.
- تدريب الطفل على الدقة في وصف الصورة التي يراها.

**ثالثاً: تحسين صعوبات السرعة الإدراكية:**

وذلك عن طريق إلقاء مجموعة من التعليمات المتسلسلة ثم يطلب من الطفل التنفيذ حسب الترتيب المنطقي (لمجموعة المثيرات غير المنتظمة) على أن يبدأ الطفل من التعليمات السهلة إلى التعليمات الأكثر صعوبة مثل النقاط التالية:

- ترتيب مجموعة من الأرقام من الأصغر إلى الأكبر أو العكس.
- إكمال الأعداد بنفس التسلسل.
- إعطاء مجموعة من الأوامر على أن تنفذ تبعاً لتسلسل معين.
- ترتيب الجمل والعبارات غير المنتظمة ليكون منها قطعة ذات معنى.
- ترتيب مجموعة من الصور بطريقة منطقية ليصل إلى نتيجة ذات معنى.

**الجلسة : العاشرة والحادية عشر:**

الهدف: تحسين صعوبات الإغلاق (الإغلاق السمعي – الإغلاق البصري).

**الأهداف الإجرائية:**

- تدريب الطفل على إكمال الأجزاء المفقودة في الصور أو الأشكال (إغلاق بصري) وذلك حتى يتدرب الطفل على معرفة الكل عندما يفقد جزءا من أجزائه .

- تدريب الطفل على إكمال الأجزاء المفقودة في الكلمات المقروءة (إغلاق سمعي ) مثل:

- كلمات غير مكتملة الحروف .

- عبارات غير مكتملة الكلمات .

- قصة غير مكتملة العبارات.

- قصة غير مكتملة النهاية.

- تدريب الطفل على إكمال الأجزاء المتوالية[ ٤،٨، ،١٦، ، ،٢٨].

- الأعداد في ضوء العلاقات المتوالية.

- الحروف في ضوء العلاقات المتوالية.

- الشهور الأفرنجية / العربية في ضوء العلاقات المتوالية.

- فصول السنة في ضوء العلاقات المتوالية.

## الجلسة من الثانية عشرة حتى الرابعة عشر:

**الهدف:** تحسين صعوبات تكوين المفهوم

**الأهداف الإجرائية:** تحسين قدرة الطفل على تشكيل المفهوم من خلال الظواهر المحيطة به وذلك من خلال تدريبه على النقاط التالية:

- توظيف المفردات في عدة جمل مختلفة للتعرف على معناها.
- إدراك علاقة الجزء بالكل والعلاقات السببية بينها .
- وضع نفس الكلمة في العديد من الجمل.
- تنظيم أفكاره شفهياً والقدرة على التعبير السليم فيها.
- التدريب على مطابقة الأشكال والتعرف عليها في أوضاع مختلفة.

- التدريب على تحديد المفاهيم اللفظية المجردة ومعرفة معناها [الضمير – الحرية – الفوضى] .
- تدريب الطفل على ربط المفهوم الواحد بعدة أشياء مختلفة.
- التدريب على تصنيف الأشياء تبعاً لعدة جوانب متعددة [الحجم/ الشكل/ اللون/ الوظيفة/ المكونات/ الخ].
- التدريب على مقارنة الأشياء من حيث الجوهر وليس الشكل الخارجي فقط.

## الجلسة من الخامسة عشر إلى الثامنة عشر:

**الهدف:** تحسين صعوبات التذكر.

**أولا: تحسين الذاكرة البصرية:**

- عرض مجموعة من الأشكال والحيوانات وكل شكل له رقم معين ثم يطلب من الطفل أن يذكر أرقام هذه الأشكال.
- التدريب على تذكر الأشياء المعروضة (لمدة ثوان) تبعاً لترتيب ظهورها.
- تدريب الطفل على تذكر أكبر عدد ممكن من الأشكال المعروضه [سبق عرضها الأسبوع الماضي] من خلال صور أو بطاقات .
- التدريب على تذكر أحداث وقعت له بالأمس.
- تدريب الطفل على رسم الأشكال الهندسية التي سبق أن رآها (الأسبوع الماضي).

**ثانياً- تحسين الذاكرة اللفظية:**

**الأهداف الإجرائية:**

يطلب من الطفل بعد تصفح كتاب معين يحوي مجموعة من صور الحيوانات تذكر أسماء الحيوانات التي سبق أن رآها.

- أن يذكر أسماء الحيوانات تبعاً لترتيب ظهورها في الصفحات.
- أن يذكر أسماء أرقام الصفحات الموجود بها اسم كل حيوان.
- تدريب الطفل (بعد عرض موضوع معين في كتاب)
- تذكر عناصر هذا الموضوع .
- ترتيب عناصر الموضوع تبعاً لأهميتها.
- تذكر مفردات جديدة للتعبير عن أفكار الموضوع.

**ثالثاً: تحسين الذاكرة السمعية:**

**الأهداف الإجارئية:**

- تدريب الطفل على التعرف على العناصر السمعية (الأصوات) التي سبق أن سمعها بعد مرور زمن معين (دقيقة واحدة) وذلك من خلال عرض لمجموعة من العناصر السمعية (الأصوات)(الطيور والحيوانات) ثم بطلب منه تذكرها.
- تدريب الطفل على تذكر الأحداث التي حدثت له بالأمس (أو لعدة أيام) والتي تعرف عليها عن طريق السمع.
- تدريب الطفل على محاولة تذكر الأوامر والتعليمات التي سمعها بعد فترة زمنية محددة [ أسبوع مثلاً].
- تدريب الطفل على تذكر المحادثة التي تمت بين أبطال المسلسل [التي شاهده في التلفاز بالأمس].
- تدريب الطفل على تذكر المحادثة التي تمت بين زملائه الأسبوع الماضي (كأن يحكي موقف معين) .

الجلسة من التاسعة عشر إلى العشرين:

الهدف: تحسين القدرة على حل المشكلات.

الأهداف الإجرائية:

- تنمية مهارة على التعامل مع موقف محير (المشكل).
- تنمية قدرة الطفل التغلب على العقبات أثناء الحل.
- تنمية مهارة الطفل على إيجاد الحل لمشكلة علمية.
- تنمية قدرة الطفل على الاستنتاج في ضوء المعلومات المتاحة وذلك من خلال تدريب الطفل على النقاط التالية:
- التعرف على مشكلاته المدرسية واستكشافها .
- مساعدة الطفل على معرفة الأسباب التي أسهمت في حدوث المشكلة.
- التقدير الدقيق لحجم (صعوبة) المشكلة حتى لا يبالغ أو يستهين بها.
- تدريب الطفل على العصف الذهني Brain Storming من خلال الترحيب بالأفكار المتعددة مع وضع أسئلة تساعد على إثارة الأفكار لدى الطفل لتستحثه على البحث والتفكير .
- تدريب الأطفال على جمع الأفكار وتقويمها وتعديلها .
- تدريب الأطفال على اكتساب مهارة التوصل إلى السبب الحقيقي للمشكلة من بين مجموعة العوامل المسببة لها.
- تدريب الطفل على فحص فرضيات الحلول.
- التدريب على تعديل الحلول غير المجدية وتجريب حلول أخرى.
- التعزيز المستمر من قبل المؤلفة لجميع الجهود التي تبذل من قبل الطفل.

**البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:**

يعد البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة من الأدوات الأساسية التي تم إعداده لتحقيق أهداف الدراسة، وهي تخفيف اضطراب القلق لدى التلميذ ذوي صعوبات التعلم.

كذلك يهدف البرنامج إلى تقديم الخدمات التي تساعد التلميذ على حل المشكلات المرتبطة بانخفاض مستوى التحصيل الدراسي، والعمل على تحقيق التوافق الدراسي له، كما يهدف إلى تحقيق التواصل وتدعيم العلاقات بين تلاميذ المجموعة التجريبية من خلال الجلسات الإرشادية، أيضاً يساعد البرنامج التلاميذ على استخدام الفنيات الإرشادية المستخدمة في المواقف التي تواجههم في الحاضر والاستفادة من تلك الخبرات في المستقبل، والبرنامج يشتمل على العديد من الأساليب والفنيات بما يتناسب مع الجلسات ومع طبيعة الاضطراب الذي يعاني منه التلميذ مثل:

- فنيه التدريب على الاسترخاء Relaxation Technique.
- فنية التخيل Imagine Technique.
- فنية المراقبة الذاتية The Technique of self Monitoring.
- فنية تحديد الأفكار التلقائية: Identifying automatic ideas and correcting them Technique.
- فنية التعرض Exposure ولعب الدور Role Playing .

اشتمل البرنامج على (١٩) جلسة قائمة على مبادئ العلاج السلوكي المعرفي عند بيك Beck واستمر تطبيق البرنامج شهرين وأسبوعا واحدا بواقع جلستين في الأسبوع الواحد. ويوضح الجدول رقم (٣) مخطط البرنامج الإرشاد المعرفي السلوكي، ويتضمن أهداف الجلسة والفنيات المستخدمة في تلك الجلسات.

## جدول (٣)
## يوضح التخطيط العام للبرنامج

| رقم الجلسة | موضــــوع الجلســـة | الفنيــات المستخدمة | زمن الجلسة |
|---|---|---|---|
| (١) | ٥تعريف التلاميذ بأهمية البرنامج وأهدافه .<br>٥تدعيم التفاعل بين التلاميذ وبعضهم البعض وبين المؤلفة والتلاميذ. | الحوار والمناقشة | ٤٥ دقيقة |
| (٢) | **المشاعر والانفالات في المواقف الحياتية**<br>٥شرح مبسط لماهيه المشاعر والانفعالات والتعرف عليها.<br>٥وصف التلاميذ لمشاعرهم وانفعالاتهم تجاه مواقف الحياة سواء في المنزل أو المدرسة. | المحاضرة / الحوار والمناقشة | ٤٥ دقيقة |
| (٣) | **اضطراب القلق**<br>٥ تبصير التلاميذ بطبيعة اضطراب القلق.<br>٥ تعريف التلاميذ بالآثار الجسمية والنفسية المصاحبة لهذا اضطراب. | المحاضرة / الحوار والمناقشة | ٤٥ دقيقة |
| (٤) | ٥ التعرف على المشكلات والمواقف المسببة لحالات الخوف والتوتر لدى التلاميذ. | المحاضرة / الحوار والمناقشة | ٤٥ دقيقة |
| (٥)،(٦) | **التدريب على فنية الاسترخاء**<br>٥ إعطاء فكرة مبسطة عن الاسترخاء ودوره في خفض التوتر. | الحوار والمناقشة ممارسة الاسترخاء | ٤٥ دقيقة |
| (٧)،(٨) | **التأكيد على تعلم فنيه الاسترخاء وتعميقها**<br>٥ توظيف عملية الاسترخاء في المواقف المختلفة.<br>٥ شرح النموذج الخاص بالمراقبة الذاتية | ممارسة الاسترخاء المراقبة الذاتية | ٤٥ دقيقة |

| رقم الجلسة | موضوع الجلسة | الفنيات المستخدمة | زمن الجلسة |
|---|---|---|---|
| (٩)،(١٠) | تدريب التلاميذ على فنيه تحدي الأفكار التلقائية وتصحيحها من خلال مناقشة المواقف الانفعالية التي يتعرض لها التلاميذ. | تحديد الأفكار التلقائية لعب الدور | ٤٥ دقيقة |
| (١١)،(١٢) | o التدريب على استخدام التخيل لإعادة الخبرة الانفعالية. | التخيل/ المراقبة الذاتية الاسترخاء | ٤٥ دقيقة |
| من (١٣) إلى (١٥) | o إعطاء فكرة مبسطة عن فنية التعريض.<br>o التدريب على فنيه التعريض المتدرج من خلال تعريض التلميذ لمواقف اجتماعية بصورة تدريجية | الحوار المناقشة<br>ممارسة الاسترخاء<br>التعريض المتدرج<br>لعب الدور | ٤٥ دقيقة |
| من (١٦) إلى (١٩) | o إعطاء التلاميذ فكرة عن سجل الأفكار البديلة.<br>o التدريب على فنية التخيل | التخيل /الاسترخاء<br>الحوار والمناقشة | ٤٥ دقيقة |

## جلسات برنامج العلاج المعرفي السلوكي

إعداد : أ.د / سهير محمود أمين

### الجلسة الأولى:

الأهداف:

- تعريف التلاميذ بأهمية البرنامج وأهدافه ومبرراته المنطقية.
- تدعيم التفاعل بين التلاميذ بعضهم البعض وبين المؤلفة والتلاميذ.
- تبادل بعض المعلومات والبيانات الشخصية وبين المؤلفة والأطفال حيث أوضحت المؤلفة أهداف البرنامج بالنسبة للتلاميذ ومدى أهميته في تذليل بعض الصعوبات التي تواجههم سواء في المدرسة أو المنزل.

### الجلسة الثانية: مشاعر والانفعالات في المواقف الحياتية:

الأهداف:

- تبصير التلاميذ بماهية المشاعر والانفعالات والتعرف عليها.
- وصف التلاميذ لمشاعرهم وانفعالاتهم تجاه مواقف الحياة سواء في المنزل أو المدرسة.
- تبصير التلاميذ بالتغييرات الفسيولوجية والنفسية المصاحبة لمشاعرهم وانفعالاتهم السلبية .

قدمت المؤلفة نموذجاً لموقف سعيد (وآخر يتسم بالخوف والتوتر) حدث فيما قبل معبرة عن مشاعرها وأفكارها باستخدام التعبير اللفظي والحركي ثم طلبت من التلاميذ كتابة موقف يعبر عن خبرة سعيدة حدثت لهم وتوضيح مشاعرهم وأفكارهم عن هذا الموقف وموقف آخر يتسم بالخوف أو الحزن. ومن المواقف التي ذكرها التلاميذ والتي تسبب لهم مشاعر الإحباط والخوف والتوتر ما يلي:

- الخجل من المدرسين واتهام المدرسين لهم بالغباء نتيجة حصولهم على درجات منخفضة مما يجعلهم يشعرون بأنهم أقل من زملائهم في الفصل الدراسي.
- الخجل من الأسرة (الوالدين) خاصة عندما يسخرون من التلميذ نتيجة رسوبه في بعض المواد.
- شعوره بأن والديه لا يفخران به بسبب عدم تفوقه في الدراسة.
- الإحساس بأنهم أقل من إخوانهم في المنزل لأن لا يستطيعون التفوق مثلهم.

**الجلسة : الثالثة والرابعة:**

**العنوان :** اضطراب القلق.

**الأهداف:** تبصير التلاميذ بطبيعة انفعال القلق.

- تعريف التلاميذ بالآثار الجسمية والنفسية المصاحبة لهذا الاضطراب.
- التعرف على المشكلات والمواقف المسببة لحالات الخوف والتوتر لدى التلاميذ.
- **الفنيات:** المحاضرة / الحوار والمناقشة

**الإجراء:**

أعطت المؤلفة للتلاميذ شرحا مبسطا عن اضطراب القلق وأن هناك قلقا طبيعيا وهذا مفيد للإنسان لأنه يجعله يستعد لمواجهة الخطر الذي يهدده ، ونوع آخر لا يدرك الفرد مصدره ولكنه يؤدي إلى التوتر والخوف الدائم ، ويصاحب هذا النوع أعراض جسمية كالصداع وزيادة ضربات القلب والشعور بآلام جسيمة – إلخ.

كذلك يصاحبه إحساس بعدم الاستقرار النفسي وضعف الانتباه والتركيز وضعف الذاكرة فالإنسان المصاب بهذا الاضطراب يكون تفكيره في الأمور السلبية

ودائم التفكير في احتمالات الفشل أو التعرض للأخطار ، ومن ثم يؤثر ذلك بدرجة كبيرة على التحصيل الدراسي للتلميذ ويؤثر على قدرته على اجتياز الاختبارات.

وفي نهاية الجلسة طلبت المؤلفة من التلاميذ محاولة تسجيل بعض المواقف اليومية التي تسبب له التوتر والقلق.

## الجلسة الرابعة:

**الهدف:** مناقشة المشكلات والمواقف المسببة لحالات التوتر والخوف.

في بداية الجلسة ناقشت المؤلفة المواقف التي تمت كتابتها وما هي الأعراض التي يشتكون منها،وما هي المواقف المسببة لظهور هذه الأعراض وما هي الأفكار التلقائية التي تحدث له بعد هذا الموقف والتصرف الذي يقوم به لمواجهة هذه المواقف (أفكار–مشاعر– سلوكيات).

كذلك أوضحت المؤلفة للتلاميذ أن تلك المواقف قد يمر بها أي فرد ولكن رد فعل الفرد تجاه الموقف يختلف تبعاً لطريقة تفكيره إذ قد تكون الأفكار غير المعقولة هي السبب في حدوث التوتر والخوف ، ومن ثم يجب تبديل الأفكار السلبية بأفكار أخرى إيجابية تتناسب مع الموقف وأن يتوقع الفرد الأشياء الطيبة بدلاً من أن يكون دائم التشاؤم ثم بدأت المؤلفة بتعليم التلاميذ كيفية استبدال الأفكار السلبية بأخرى إيجابية.

## الجلسة الخامسة والسادسة:

**العنوان :** التدريب على فنيه الاسترخاء.

**الأهداف:**

- إعطاء فكرة مبسطة عن فنيه الاسترخاء.
- تدريب التلاميذ على ممارسة الاسترخاء.

**الفنيات:** ممارسة تمارين الاسترخاء / الحوار والمناقشة.

أوضحت المؤلفة للتلاميذ أن الفرد عندما يكون قلقاً ومتوتراً فإن عضلات الجسم تكون مشدودة ومتوترة متجمدة ويشكو من الصداع وآلام في جسمه والشعور بالإرهاق والتعب.

ومن ثم سوف نقوم بعمل تمارين معينة تسمى تمرينات الاسترخاء، فهي تساعد على تحويل حالة التوتر والشد العضلي في جسم الإنسان إلى حالة من الاسترخاء ، وبالتالي تساعد على خفض التوتر والقلق ولا يصبح الإنسان متوتراً جسمياً ومن ثم يقومون بعمل هذه التمارين في المواقف التي تشعرون بأنها تضايقكم أو تسبب لكم الخوف والتوتر.

بعد ذلك انتقلت المؤلفة إلى شرح كيفية القيام بالاسترخاء والشروط الواجب توافرها لنجاح هذا التدريب.

**الجلسة السابعة والثامنة:**

**الأهـداف:**

- التأكيد على تعلم فنيه الاسترخاء وتعميقها.
- توظيف عملية الاسترخاء في المواقف المختلفة.

**الفنيـات:** مراقبة الذات/ ممارسة الاسترخاء/ المناقشة والحوار.

حرصت المؤلفة على تقديم شريط كاسيت مسجل عليه نموذج للتدريب العضلي الكامل في عملية الاسترخاء وطلبت من كل تلميذ الإصغاء إلى ما فيه جيداً أثناء تشغيله .

ثم قامت المؤلفة بمناقشة السجل الخاص بالمراقبة الذاتية والذي هو عبارة عن ملاحظة التلميذ لنفسه ، وتسجيل ما يقوم به في نموذج معد وفقاً لما يعانيه من مشاكل ، إذ إن الهدف الأساسي من هذه الفنية هو مساعدة التلميذ على ضبط النفس من خلال مراقبة الذات والتحكم في الذات لأنها تساعده على تعرف الإدراكات

غير التوافقية وطرق التحكم في القلق من خلال مراقبة الذات وتسجيل الأفكار والمشاعر والسلوكيات ، ثم تطلب المؤلفة من التلميذ ممارسة تمارين الاسترخاء بعد تعرضه لموقف التوتر (أو معايشة الموقف).

## الجلسة التاسعة والعاشرة:

**الأهداف:** تدريب التلاميذ على فنية تحديد الأفكار التلقائية وتصحيحها من خلال مناقشة أحداث الخبرات الانفعالية.

**الفنيات:** لعب الدور/ تحديد الأفكار التلقائية.

حرصت المؤلفة على أن توضح للتلاميذ (بعد استخدام نموذج المراقبة الذاتية لبعض التلاميذ) أن توضح للتلاميذ أن الفرد قد يكون غير مدرك للأفكار التي تؤثر على سلوكه بالسلب وأن الفرد بإمكانه أن يركز على هذه الأفكار ويدركها ويتفهمها ويتعرف عليها، ففي المواقف التي تتسم بارتفاع نسبة القلق والتوتر لديهم [ الخوف من المستقبل – الخوف من الرسوب في الامتحان – الخوف من نقد الآخرين (الوالدين)] ومن ثم نجد أن هناك هواجس تتعلق بالخطر من الموقف وكذلك الشأن في حالة المواقف التي يتجنبها الفرد لأنها تضايقه أو تزعجه [ مثل المواقف السابق ذكرها].

ومن ثم أوضحت المؤلفة أن هذه الأفكار قد يكون لها دور بارز في شعور الفرد بالخوف والتوتر ، وقد تكون فترة الخيالات قصيرة جداً ( ثانية أو أقل) مما يجعل التلميذ لا يعيها أو يتذكرها ، هذا بالإضافة إلى ارتباطها بمشاعر الخوف والتوتر، ومن ثم يحاول التلميذ أن يتفاداها ولكن يبقي الخوف والقلق ، وهذا يجعل تذكر الصورة أو الفكرة أمراً صعباً ، ومن ثم كانت المؤلفة تصر بلطف أثناء مناقشة المواقف التي تسبب توتراً للتلميذ على طرق الأسئلة حتى تستثير الأفكار التلقائية للتعرف على دقة الخيالات أو الأفكار لدى التلميذ ثم يعقب ذلك ممارسة تمارين الاسترخاء ، ثم بدأت المؤلفة في الجزء التطبيقي لهذه الفنية بأن تطلب من التلميذ

المضطرب تخيل آخر موقف مرتبط بالحالة الانفعالية (مشاعر الخوف والترقب والتوتر) على أن يتذكرها جيداً ويصفها بشيء من التفسير ، مع تذكير المؤلفة بأن يركز جيداً في محاولة تذكر الأفكار المرتبطة بظهور رد الفعل الانفعالي ، كأن تقول له [ ما هو أسوأ شيء توقعت حدوثه في هذا الموقف والدك ينتقد مستواك الدراسي أمام الآخرين ، أو موقف يتسم بالتنافس مع زملائك في الإجابة على بعض الأسئلة في الفصل] وهذه الأسئلة مثل:

(أ) ما الذي خطر في ذهنك في هذا الموقف.

(ب) هل تخيلت شيئاً في هذه اللحظة من ضيق وتبرم وحزن؟ .

( ج ) حاول أن تتذكر الصور والخيالات المرئية (أنها قصيرة جداً وقد تكون أقل من الثانية مما يجعل تذكرها صعبا ولكن حاول) وبذلك كانت المؤلفة تحاول التعرف عليه بدقة على الأفكار والصور الخيالية لدى التلميذ المضطرب لتحديد الأفكار التلقائية مما يجعلها قادرة على مناقشة أحداث الخبرات الانفعالية.

**الجلسة الحادية عشرة والثانية عشرة:**

**الأهداف :** تدريب التلاميذ على استخدام التخيل لإعادة الخبرة الانفعالي.

**الفنيات:** التخيل / لعب الدور/ الاسترخاء كانت المؤلفة تستخدم هذه الطريقة عندما تجد أن طريقة استخدام الأسئلة المباشرة لإثارة الأفكار التلقائية غير مجدية بالدرجة الكافية.

ففي هذه الحالة كانت تطلب من التلميذ المضطرب تمثيل الموقف وأحياناً يتطلب الموقف أكثر من فرد للتعامل مع الآخرين، فبالإمكان الاستعانة بعدد من الأفراد للعب الدور مع التلميذ، وهنا كانت المؤلفة تستخدم التعليمات التالية:

أريد منك أن تتخيل نفسك في الموقف [المدرس يفاجئك بسؤال أمام زملائك] وخصوصاً اللحظة التي بدأت تشعر فيها بالخوف والتوتر.

- حاول أن تصف لي ما ترى الآن.
- استمر في التخيل ببطء.
- كيف تشعر الآن.
- ما الذي يجول بخاطرك.

فيهم تفكر في تلك اللحظة التي شعرت فيها بتزايد التوتر ثم تطلب من الأعضاء ممارسة تمارين الاسترخاء.

**الجلسة: من الثالثة عشر حتى الخامسة عشر:**

**الفنيات:** ممارسة الاسترخاء / التعريض المتدرج/ لعب الدور.

**العنوان :** التدريب على فنيه التعريض (المتدرج).

أعطت المؤلفة التلاميذ فكرة مبسطة عن فنيه التعريض حيث أوضحت أن تعريض الفرد المضطرب للموقف الذي يخاف منه الذي يسبب له القلق والتوتر حيث إن التعريض المستمر للمثير المسبب للقلق قد يؤدي إلى تشتت استجابة القلق والتوتر وبالتالي تقل حدة الخوف من تلك المواقف ، **ومن ثم فإن الهدف من تلك الطريقة ما يلي:**

١ - التأثير على الأعراض السلبية للقلق.

٢- إطفاء تلك التأثيرات من خلال مواجهة المثيرات المسببه للقلق .

٣- مواجهة السلوك التجنبي (بمثابة معزز قوي للقلق)

وهذا يعني أن دخول التلميذ المضطرب إلى الموقف الذي يخشاه ويسبب له التوتر يؤدي إلى تشتت استجابة القلق أي خفض نسبة التوتر – ولكن سوف يتم التعريض لتلك المواقف بطريقة تدريجية، ثم طلبت المؤلفة من التلاميذ أن يتكلموا

عن بعض المواقف التي يخافون منها ويشعرون بالتوتر (مستغلة في ذلك نموذج المراقبة الذاتية ) مثل:

- مواقف الامتحانات – الشعور بالارتباك عندما يسأله المعلم .
- الشعور بالخجل من مقابلة الغرباء .
- التحدث وسط الجماعة / الإجابة على أسئلة المعلم في الفصل، ثم عمل هرم تدريجي لكل موقف من المواقف السابقة حيث يتم تعريض التلميذ للمثيرات المسببة للقلق على مراحل متدرجة بحيث تبدأ بالمواقف الأقل شدة (الإجابة على أسئلة صديق في مادة....) إلى المواقف الأكثر شدة وهي الإجابة على أسئلة المعلم في مجموعة من زملائه في الفصل، إلى الإجابة على أسئلة المعلم في مجموعة من زملائه، بالإضافة إلى حضور بعض المدرسين الآخرين أو مفتش المادة/ أو مدير المدرسة، وبالتالي التعرض لمضايقة الآخرين في هذا الموقف .

وبالطبع تمت الاستعانة بالأعضاء الآخرين (لعب الدور) حتى يتم تعريض العضو للمواقف الأكثر شدة، وما يصاحب ذلك من شعور بالتوتر والخجل من تلك المواقف ثم يعقبه استخدام تدريبات الاسترخاء .

## الجلسة الخامسة عشر: التدريب على فنيه التعريض(تعريض التلميذ لمواقف اجتماعية ):

الفنيات : التعريض / لعب الدور/ ممارسة الاسترخاء.

في البداية قامت المؤلفة بالتحقق من رد فعل التلميذ تجاه الجلسات السابقة، وفتح باب المناقشة مع باقي التلاميذ ومناقشة السجل الخاص بالأفكار التلقائية التي تحدث للتلميذ عندما يواجهه أحد المواقف التي يخشاها أو حتى لمجرد التفكير فيها مع التركيز من جانب المؤلفة على أهمية هذه الأفكار في حدوث الاضطراب، حيث تحاول المؤلفة أن تسأل التلميذ عن الأفكار التي تخطر بذهنه سواء قبل المواجهة أو أثناء مواجهة الموقف وما هي الأفكار البديلة، ومن هنا كانت المؤلفة تطلب منه

تدوين تلك الأفكار التلقائية الخاطئة والمؤدية للانفعالات والتعرف على الأفكار البديلة العقلانية المنطقية والمؤدية إلى تقبل المواقف التي يخشاها التلميذ .

ثم حاولت المؤلفة أن تساعد التلميذ على الدخول في المواقف التي يخشاها، ومن ثم طلبت من أحد المعلمين الدخول وتوجيه بعض الأسئلة للتلميذ في حضور بعض الأفراد الآخرين (سكرتيرة المدرسة)، مع تعريضه لبعض المواقف الكلامية التي تتسم بالمضايقة وتشجيع التلميذ من جانب المؤلفة على الاستمرار في المناقشة والإجابة على تساؤلات المعلم وعدم الخوف أو التوتر وما يصاحب هذه العملية من ظهور بعض الانفعالات كالغضب أو الخجل أو التوتر مع التأكيد على ممارسة الاسترخاء من حين لآخر.

## الجلسة : من السادسة عشر حتى التاسعة عشر:

**الأهداف** :إعطاء فكرة مبسطة للتلاميذ عن سجل الأفكار البديلة والتدريب عليها.

**الفنيات** : سجل الأفكار البديلة – التخيل – ممارسة الاسترخاء

في بداية الجلسة أعطت المؤلفة التلاميذ فكرة عن سجل الأفكار البديلة حيث يشتمل هذا السجل على الأفكار التلقائية التي تحدث للتلميذ المضطرب عندما يواجه بأحد المواقف التي يخشاها [ الخوف من عدم تقدير الآخرين له توقع المشاكل والمصائب/ الخوف واتخاذ القرار خوفاً من الوقوع في الخطأ ] أو حتى لمجرد التفكير في مثل هذه المواقف حيث إن هذه الأفكار تكون ذات أهمية في تحديد رد فعل المريض تجاه هذه الأفكار، وبالتالي تؤدي هذه الأفكار الخاطئة إلى ظهور بعض المشكلات الخوف والتوتر وضعف الثقة بالنفس .

ومن ثم نسأل المؤلفة عن موقف التلميذ من هذه الأفكار التي تخطر بذهنه سواء عن التفكير قبل المواجهة أو أثناء المواجهة للموقف التي يخشاه التلميذ. فالأفكار السلبية والمكتوبة في سجل الأفكار البديلة [ عدم تقدير الآخرين للتلميذ/ توقع المشاكل والمصائب / الخوف من اتخاذ القرار خوفاً من الوقوع في الخطأ ] وما

يحدث له من أعراض مصاحبة لانفعال الخوف والتوتر، وأن سبب هذه الأعراض هي معتقدات لفرد وليس الموقف ذاته.

بعد ذلك طلبت المؤلفة من التلميذ أن يتخيل موقف عاني منه ويكون هذا التخيل بصوت مسموع، وذلك حتى تساعده المؤلفة على محاولة تذكر الأفكار والانفعالات التابعة لها ومن خلال المناقشة تتم معالجة الأفكار السلبية وإبدالها بأفكار إيجابية ومن ثم تصحيح معتقداته الخاطئة عن تلك المواقف مثل:

- التحدث أمام الغرباء.
- عندما يفاجئني المدرس بسؤال .
- موقف أشعر فيه أن والدي يخجل مني .
- عندما أذهب للامتحان.
- الإجابة على أسئلة المعلم في الفصل.
- الخوف من اتخاذ القرار خوفاً من الوقوع في الخطأ.
- الإجابة على أسئلة مديرة المدرسة / الإجابة على الموجه .

**كذلك كانت المؤلفة تسأل التلميذ المضطرب .**

- كيف تعاملت مع هذا الموقف.
- هل ظهر عليك أعراض التوتر والخوف عند مواجهة تلك الموقف .
- هل انسحبت من الموقف.
- ماذا عملت أثناء أو بعد هذا الموقف .
- ما هي الأفكار التي كانت تدور برأسك قبل الموقف.

ثم يلي ذلك عمل تمارين الاسترخاء للتغلب على مشاعر الخوف والخجل وفي النهاية كانت المؤلفة تطلب من التلاميذ أن يقوموا بتلخيص ما دار في هذه

الجلسات حتى يتعودوا على التواصل مع بعضهم البعض مع التشجيع المستمر من جانب المؤلفة.

**نتائج تطبيق البرنامج:**

تشير النتائج إلى فاعلية البرنامج المستخدم على أبعاد قائمة تشخيص صعوبات التعلم النمائية، عدا البعد الخاص، إدراك التوجه الزماني والمكاني وصعوبات التذكر، لكن بالنسبة للأبعاد الخاصة: صعوبات الانتباه والإدراك وصعوبات حل المشكلة وتكوين المفهوم؛فلقد أظهر البرنامج المستخدم فاعليته وجدواه في توفير الخبرات والممارسات المعرفية وتوجيه انتباه التلميذ نحو المثيرات ذات الصلة بموضوع الدرس حتى يركز عليها، مما ساعد على زيادة انتباه التلميذ للمثيرات والخبرات الجديدة ، ومن ثم توظيف أكثر من حاسة ونشاط في الانتباه كذلك تقديم المواد العلمية في شكل مجموعات متجانسة مما ساعد التلميذ على الفهم والاستيعاب مع الاستعانة بالخبرات السابقة والانطلاق منها لتقديم خبرات تربوية جديدة .

كذلك حرصت المؤلفة على تنظيم أكثر من حاسة ونشاط في الانتباه وتدريب التلميذ على مهارات التميز السمعي والبصري والحركي، مما أدى إلى رفع كفاءة التلاميذ الذين يعانون من صعوبات التعلم النمائية والتخفيف من حدة الصعوبات التي تواجههم قدر الإمكان .أحمد عواد (١٩٨٨) ، هويدا حنفي (١٩٩٢) Torgesen & Barker (1995) ، Herbert, (1997) .

كذلك اتفقت نتائج هذه الدراسة في أهمية وجدوى البرامج العلاجية لتحسين صعوبات التعلم النمائية، ومن هذه الدراسات دراسة Roth enberg (1990) والتي اعتمدت على تحليل المهام في المنهج المقدم للطفل، ودراسة، Sisco 1997 والتي رأت أهمية استخدام بنيه القصة Story Structws في تنمية الفهم السمعي وعلاج صعوبات تعلم القراءة للأطفال، دراسة رحاب برغوث (٢٠٠٢) التي ركزت على استخدام بعض الأنشطة (عقلية ، فنية ، حركية) لتنمية مهارات

القراءة والكتابة للأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم النمائية، هذا بالإضافة إلى بعض الدراسات التي اهتمت باستخدام مجموعة من الفنيات السلوكية مثل النمذجة التدعيم،التعزيز – الواجبات المنزلية من أجل تحسين التمييز البصري لهؤلاء الأطفال ،Hatcher, (2004).

كذلك تضمن البرنامج الحالي على بعض الفنيات السلوكية مثل التعزيز Reinforcement والنمذجة Modeling حيث أشارت كثير من الدراسات إلى فاعلية تلك الأساليب مع الطفل الذي يعاني من صعوبات التعلم فهو يساعده على تغيير اتجاهه في المهام التي يقوم بها وعلى تدعيم السلوك الذي يقوم به الطفل ويزيد من كفاءته ويقلل من الأخطاء التي يرتكبها أثناء تأديته للمهام Schermerhon & Osborn (2002).

كما أشار (2004) Garcia & Decaso إلى أن فنيتي التعزيز والنمذجة تساعد في زيادة دافعية الطفل الذي يعاني صعوبات القراءة والكتابة وتؤدي إلى تحسن الاتجاه نحو الذات مما يؤدي إلى تحسن جودة النص المكتوب أو المقروء عن طريق الطفل أما بالنسبة للبعد الخاص بصعوبات التذكر فلم يظهر البرنامج المستخدم فاعليته وجدواه في تحسين تلك القدرة ، وترجع المؤلفة ذلك– وكما يرى كثير من الباحثين في هذا المجال– إلى أن الأطفال ذوى صعوبات التعلم يكون لديهم عجز في تعلم استراتيجيات التذكر، وليس عجزاً في القدرة حيث تعد استراتيجيات التذكر والتي هي بمثابة طرق تؤكد على تدريس الطلاب مهارات تساعدهم في التعلم، ونظراً لما يبدو من افتقار من يعانون من صعوبات التعلم إلى المهارات التي تعد شرطاً سابقاً للمهارات الأكاديمية ومن ثم فإن العملية التعليمية يجب أن تؤكد على مهارات التفكير والتذكر والاستماع .

**كيرك وكالفنت (١٩٨٨:١٥٨)، عبد العزيز الشخص (٢٠٠٤:٢٦٩)**

كما أظهرت نتائج الدراسة أيضاً أن هناك تحسناً واضحاً في أبعاد ومقياس اضطراب القلق من حيث المظاهر الفسيولوجية والانفعالية والعقلية لكن الأبعاد

الخاصة بكل من التوقعات التشاؤمية والمظاهرة الاجتماعية فلم يبد البرنامج تحسناً واضحا بالنسبة لهذين البعدين.

وترجع المؤلفة التحسن في الأبعاد السابقة الذكر إلى اختيار بعض الفنيات والأساليب التي تتناسب مع التلميذ ذوي صعوبات التعلم والتي تساعده على تحقيق التوافق الدراسي، وتدعيم العلاقات بين تلاميذ المجموعة التجريبية وتنمية ثقة التلميذ بنفسه عن طريق إتاحة الفرصة لمعايشة النجاح ولتخفيف شعوره بالعجز وعدم الثقة بالنفس.

حيث يؤكد بعض المتخصصين في هذا المجال أن هناك بعض الخصائص السلوكية التي يشيع تكرارها لذوي صعوبات التعلم ومنها الشعور بالاستسلام والإحباط المتكرر وضعف الشعور بالقيمة الذاتية من جراء ضعف مستوى إنجازه التحصيلي مقارنة بزملائه، وكذلك نقص الدافعية والقلق والاكتئاب وعدم النضج الانفعالي وضعف الثقة بالنفس هذا بالإضافة إلى مشكلات التوافق الشخصي والاجتماعي والأسري في المدرسة. فتحي الزيات (١٩٩٨: ٤٦١)، عبد الوهاب كامل ( ١٩٩٩: ١٤).

ومن ثم وجدت المؤلفة أن البرنامج الإرشادي احتوى على بعض الفنيات التي ساعدت التلميذ على تحقيق التوافق الدراسي وتنمية ثقته بنفسه وتخفيف صعوبات الانفعالية وخاصة الشعور بالقلق ومنها على سبيل المثال لا الحصر ما يلي:

**أولا: فنيه المحاضرة والمناقشة:** حيث ساعدت التلاميذ على وصف مشاعرهم وانفعالاتهم تجاه مواقف الحياة سواء في المنزل أو في المدرسة مع تبصيرهم بالتغيرات الفسيولوجية والنفسية المصاحبة لمشاعرهم وانفعالاتهم السلبية، ومن هذه المواقف الخجل من المدرسين واتهامهم لهم بالغباء نتيجة حصولهم على درجات منخفضة، مما يجعلهم يتسمون بأنهم أقل من زملائهم في الفصل المدرسي.

**ثانياً: تدريب التلاميذ على ممارسة الاسترخاء:** حيث إنها تساعد على تحويل حالة التوتر والشد العضلي إلى حالة من الاسترخاء، وبالتالي خفض التوتر والقلق فلا يصبح التلميذ متوتراً جسمياً خاصة في المواقف التي يشعر أنها تضايقه وتسبب له الخوف.

**ثالثا: مراقبة الذات:** وهي تساعد التلميذ على ضبط النفس من خلال مراقبة الذات والتحكم في النفس لأنها تساعده على التعرف على الإدراكات غير التوافقية من خلال مراقبة وتسجيل الأفكار والمشاعر السلبية.

**رابعا: تحديد الأفكار التلقائية:** وهي مساعدة التلميذ على أن يدرك الأفكار التقائية التي تؤثر على سلوكه بالسلب والتركيز على هذه الأفكار والتعرف عليها وتفهمها، لأن هذه الأفكار قد يكون لها دور بارز في شعور التلميذ بالخوف والتوتر، وقد تكون فترة وجود هذه الأفكار في خيال التلميذ لفترة قصيرة جداً (ثانية أو أقل) مما يجعله لا يعيها أو يتذكرها مثل الخوف من نقد الآخرين (الوالدين – المدرسين – زملائه في الفصل) ومن ثم فهذه الهواجس المتعلقة بالموقف تضايقه وتزعجه بل وتجعله يتجنبها، وكانت المؤلفة تناقش التلميذ في تلك المواقف وتصر على طرق الأسئلة حتى تستثير الأفكار التلقائية للتعرف على دقة الخيالات والأفكار ثم مساعدة التلميذ على تصحيح تلك الأفكار مستخدمة في ذلك فنيه لعب الدور.

# الفصل السادس
# فاعلية برنامج أنشطة تربوية مقترح في تحسين مهارات التواصل اللفظي لدى أطفال الروضة ذوي مشكلات الخجل والانطواء
## (إعداد المؤلفة)

- مقدمة.
- تنمية مهارات التواصل اللفظي لدى الأطفال.
- مقياس مهارات التواصل اللفظي لطفل الروضة.
- مقياس الاضطرابات النفسية لطفل الروضة.
- برنامج التدخل المبكر في تحسين مهارات التواصل اللفظي.
- محتوى البرنامج.
- نتائج تطبيق البرنامج.

**مقدمة:**

يعد الاهتمام بالطفولة عموماً، وبالطفولة المبكرة على وجه الخصوص ، من أهم المعايير التي يقاس بها تقدم ووعي الشعوب والأمم ، ولا سيما أن هذا الاهتمام صار حتمية حضارية وضرورة حياة يفرضها التحدي العلمي والتكنولوجي المعاصر ، والذي يتطلب عقولاً واعدة في شتى مجالات الحياة ولذلك فإن رعاية وتنمية مهارات وقدرات أطفال ما قبل المدرسة أصبحت مسئولية حضارية وتنموية، تستوجب تضافر الجهود وتكاملها بين الأسرة ورياض الأطفال ومؤسسات المجتمع الأخرى للعمل على توفير الفرص التربوية المناسبة لتنمية تلك القدرات العقلية الكامنة لديهم.

لذا أكد العلماء على ضرورة التركيز على تنمية المهارات لدى صغار الأطفال من خلال تنشئتهم في بيئة تعليمية تطلق القدرات العقلية الكامنة ومنهم Turner) .(Von,&Frankel, 1981) Hammar,T.,1994)

ومما يدعم ما أشار إليه التراث التربوي من أن القدرات الأساسية والاستعدادات الأولية إنما تتكون إلى أقصى حد ممكن في فترة الطفولة المبكرة بحيث إن الفترة التالية والتي تبدأ من سن السادسة .

تمثل فترة الاستقرار على ما تم تعلمه في الفترة السابقة، كما أطلق بعض الباحثين على سن الطفولة المبكرة : عمر النمو اللغوي أو عمر التساؤل والكلام، وهذا يؤكد حتمية تنمية قدرات ومواهب ومهارات الأطفال في هذه المرحلة لأن إهمال ذلك قد يمنع ظهور تلك القدرات والمهارات فيما بعد(Gosgray,K.1990:1993).

ولقد أوضحت نتائج بعض الدراسات أن التفكير السليم يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالتعبير اللغوي السليم ويحسن استخدام الطفل للغة، وأنه عندما تنمي لغة الطفل إنما ينّمي فيه أيضاً التفكير المنطقي، حيث إن اللغة تسهل تكوين المفاهيم المجردة، وتضع الحدود لتعميمات المثيرات ونتائجها، وأنها وسيلة من وسائل التخيل ( هدى قناوي ، ١٩٨١: ٤٣ ) .

وتشير نتائج الدراسات السابقة في مجال المهارات اللغوية إلى وجود نقص شديد في الأبحاث المتعلقة بمجال البرامج التربوية والعلاجية التي تستهدف القدرات اللغوية لصغار الأطفال خاصة ( ليلي كرم الدين، ١٩٩٣: ٨٤٥) .

وأن أغلب رياض الأطفال في الوطن العربي لا تهتم ببرامج أنشطة الاستعداد اللغوي ومهاراته ( سمير الميلادي ، حنان سراج الدين ١٩٨٩: ١٧٧) كما تؤكد الدراسات أن الأطفال المتأخرين لغويًا قادرون على النمو والتعلم ، وذلك إذا تم توفير الإمكانات العلمية والعملية لهم ، شريطة أن تستغل بيئة الطفل وإمكاناته وقدراته المتبقية لديه وتوفير الأدوات اللازمة وتوظيفها بطريقة سليمة (Von & Frankel,1981 ) ويعد التواصل اللفظي من أهم الخصائص التي تميز الإنسان عن سائر الكائنات الحية وعن طريقة يستطيع الطفل التعرف على الأشياء ومسمياتها واكتساب معلومات جديدة من خلال تفاعله مع الآخرين ومع البيئة الخارجية والتي تتضمن أفعالاً اتصالية رمزية شفاهية (مثل الكلام) أو غير شفاهية (مثل الإيماءات وحركات الجسد المختلفة) .

ويحتوي الاتصال اللفظي الناجح على العديد من المهارات التي يمر بها الفرد أثناء مراحل نموه وتسمى بدايات مهارات الاتصال اللغوي لدى الأطفال . ومن المتفق عليه بين الباحثين أن الطفل يفهم لغة الآخرين ويعرف الكلمات التي ينطقونها قبل أن يتمكن هو نفسه من استخدام اللغة لفترة طويلة (ثناء الضبع، ٢٠٠٧: ٦٠) وغالباً ما يواجه الأطفال الذين يعانون من مشكلات في التواصل اللفظي صعوبات في التفاعل الاجتماعي لما يواجهونه من خجل وانطواء (-Craig

(Unko fer &Kaiser,A. 2002:3 ولا شك أن للعب دوراً مهمًا في حياة الطفل بوصفه الساحة الطبيعية التي يتواجد فيها الطفل ويستهدفها ويتوجه إليها، فيشارك مع الآخرين ، ويتحرر من التمركز حول الذات ، وينمي كافة المهارات الحسية والحركية ، والمعرفية والاجتماعية، كما أنه الساحة المثلى لتفريغ الانفعالات ، والتعبير عن المشاعر والرغبات والصراعات كل ذلك يحدث بتلقائية ، ويتجسد في موقف طبيعي يتيح الفهم الأعمق لهذه المرحلة العمرية .

كما يعد اللعب وسيلة لتنمية قدرات الأطفال بصفة خاصة ، فهم كثيراً ما يتعرضون لتجارب فاشلة في حياتهم عندما لا يستطيعون الاندماج مع الجماعة، أما في اللعب فإن الأطفال يُقدمون على المحاولات دونما خوف من التعرض للنقد والفشل، لذا يمكن أن يكون اللعب وسيلة فعالة لعلاج المشكلات السلوكية للأطفال ، وتوسيع نطاق خبراتهم الاجتماعية ، وتشجيعهم على تكوين علاقات اجتماعية جيدة مع الآخرين ، وذلك بتهيئة المواقف الاجتماعية المناسبة والمتكررة للاندماج مع الآخرين ، ومشاركتهم في الأنشطة المختلفة والتفاعل الإيجابي معهم، وتنمية مهاراتهم، وفي ضوء ما سبق : اهتم البحث الحالي بإعداد برنامج أنشطة تربوية قائم على الطرافة واللعب وتنفيذه لتحسين مهارات التواصل اللفظي لدى أطفال الروضة الذين يعانون من مشكلات الخجل والانطواء.

ولقد لوحظ معاناة بعض الأطفال من صعوبات في التواصل اللفظي مرتبطة ببعض مشكلات سوء التوافق كان أكثرها شيوعاً عدم القدرة على الاندماج مع الجماعة والمعاناة من الخجل والعزلة والانطواء الاجتماعي مما يجنبهم العديد من الفرص الاجتماعية والتربوية التي تحقق لهم نمواً أفضل، خاصة ونحن في الألفية الثالثة .

وهذا ما أكدته دراسات : (Marrigan , 1988 ) حيث وجد أن البناء النفسي للطفل المضطرب كلاميًا يتميز بالانطواء والشعور بالخجل والنقص والدونية وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الرفاق والكبار ( إيناس عبد الفتاح،١٩٨٨)

بل أكدت نتائج بعض الدراسات أن أكثر الاضطرابات النفسية لدى الأطفال المتأخرين لغوياً تتمثل في عدم القدرة على الاندماج مع الآخرين مع الإحساس السلبي تجاه الذات (Baker, 1980 ) ، (Showel , H.1995 ).

فالطفل الذي لا يتمكن من التعبير عن نفسه باستخدام اللغة كثيراً ما يعاني من سوء التوافق الاجتماعي وأشار (Birman & Wargon,1995 ) إلى أن معاناة الطفل في الصعوبات المتمثلة في عدم القدرة على التعبير عن الحاجات والرغبات من خلال عملية التفاعل الاجتماعي تؤدي إلى آثار سلبية بما فيها الرفض من الأقران ، وهؤلاء الأطفال الذين يواجهون الرفض من قبل الأقران نتيجة قصور مهارات التواصل الاجتماعي تظهر عليهم المشكلات السلوكية بما فيها الانطواء والخجل، وهذه النتائج تؤكد قوة العلاقة بين التواصل اللفظي والعوامل النفسية والتربوية (عفاف الكومي ، ٢٠٠٧)(Bergan , 1988 ) .

كما أكدت نتائج الدراسات السابقة أن آثار هذه المشكلات النمائية تمتد مع الطفل إلى المراحل الدراسية التالية، ومن المحتمل أن تتطور هذه المشكلات إلى مظاهر أكثر عدوانية عندما يواجه هؤلاء الأطفال المضطربون لغوياً نوبات من الفشل الدراسي وعدم التقبل مع مرور الوقت وبالانتقال إلى مراحل دراسية أعلى (Hadly & Showel 1995) (Redmond , S. & Rice , M.L.2002 ) ويؤكد العلماء والمتخصصون في هذا المجال الباحثين حديثاً على أهمية التدخل المبكر للأطفال الذين يواجهون هذه المشكلات الخاصة بالتواصل اللفظي والاضطرابات السلوكية بالروضة ومنهم [Sinclair,Delhome,& Craigunkfer&Kaiser,2002].

هذا،ويتم التدخل من خلال برامج الفحص الشامل للاضطرابات السلوكية والفحص المبكر (Walker et al. ,1995) (Walker & Severson, 1992) كذلك أبرزت الدراسات فاعلية الإرشاد السلوكي والبرامج العلاجية في تحسين المهارات اللغوية (Merrigan , 1988 ) والتفاعل الاجتماعي بين أطفال الروضة (Semel etal.1981) .

وأبرزت دراسات أخرى أهمية المثيرات الاجتماعية ولعب الأدوار والأنشطة المعبرة نحو تنمية المهارات اللفظية والتمييز السمعي والبصري والسلوك الاستقلالي الحر في تحفيز التواصل الاجتماعي بين الأطفال وفي تحسين عملية التفاعل الاجتماعي ( بطرس حافظ ، ١٩٩٣) ، ( نرمين نيقولا ، ١٩٩٦) ، ( Merrigan , 1988).

وأكدت بعض الدراسات أثر الأنشطة المتنوعة التي تقدم للطفل لتحسين مستواه اللغوي وتواصله اللفظي (عفاف الكومي، ٢٠٠٧)،(Bergan ,1988) وأوصي بعض الباحثين باستخدام أدوات مجسمة حسية يمكن للطفل إدراكها والتعرف على أبعادها المختلفة ، وذلك عند تدريب الطفل لإكسابه الحصيلة اللغوية الاستقبالية والتعبيرية بالإضافة إلى إمكانية استخدام كتب مصورة يمكن للطفل أن يدركها ومن الأفضل استخدام معهم شرائط فيديو تشرح كل بعد من أبعاد البرنامج من خلال ظهور الصورة في جانب ، وظهور الإخصائي لترديد ونطق الكلمات في جانب آخر من الشاشة ، لأن إكساب الطفل لحصيلة لغوية بثلاث طرق يمكن أن يدعم المفهوم اللغوي لديه من خلال المثيرات الحسية البصرية والسمعية البصرية عبر شاشات التلفاز (Huston, et al. (2001، & - Craig- Unkofer Kaiser ( 2003) وأكد آخرون ومنهم : (Harris, 1985) على الدور الذي يؤديه برنامج اللعب التمثيلي في اكتساب مهارات التميز السمعي والبصري والتواصل اللفظي والاستعداد للقراءة لدى أطفال مرحلة رياض الأطفال من ذوي المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي المتوسط، وأبرز البعض الآخر فاعلية البرامج التدريبية في تحسين مهارات التفاعل اللفظي والاجتماعي في مواقف الحياة اليومية ( فيوليت إبراهيم ، ١٩٩١)،(حافظ بطرس ، ١٩٩٣) .

وأبرزت دراسات أخرى أهمية المثيرات الاجتماعية ولعب الأدوار والأنشطة المعبرة لنمو المهارات الحسية والتمييز السمعي والبصري والسلوك الاستقلالي الحر لتحفيز التواصل الاجتماعي بين الأطفال وفي تحسين عملية التفاعل الاجتماعي.

أما أثر الدعابة على الطفل فهناك دراسات أسفرت على فعالية دخل الدعابة في تنمية مهارات الاستماع لدى أطفال ما قبل المدرسة، وهناك دراسة أخرى أجراها ( رزق حسن ، ١٩٩٧ ) أسفرت نتائجها عن فاعلية مدخل الألغاز المصورة في تنمية التحصيل المعرفي والنمو اللغوي للأطفال وباستعراض الدراسات السابقة يتضح ندرة الدراسات الأجنبية أو العربية التي استخدمت الطرائف في تنمية التعبير والتواصل اللغوي لدى أطفال ما قبل المدرسة، وهذا ما تقوم به الدراسة الحالية ، وذلك لأن الملامح المهمة للتفاعل اللفظي عند الطفل حديثة ، لعبة، تمثيله ، وتقليده ، ومزاحه وفكاهته، النكتة ، الرسوم الرمزية الساخرة ، التقليد الساخر ومن ثم نجد أن أهمية الدراسة والحاجة إليها. **من خلال النقاط التالية:**

- أهمية الموضوع وهو الخاص بمشكلات اللغة وما يرتبط بها من مشكلات لغوية.
- أهمية العينة المفحوصة وهي طفل ما قبل المدرسة وأهمية التدخل المبكر لهم
- الاستجابة لظروف العصر الذي نعيشه والتي تحتم علينا ضرورة الرعاية النفسية والتربوية والاجتماعية لهؤلاء الأطفال باعتبارهم سند الأمة وذخيرة المستقبل خاصة في مرحلة ما قبل المدرسة التي تعتبر من أهم المراحل في نمو الطفل وتكوين شخصيته.
- الاستجابة لنداءات التوصيات التربوية نظراً للحاجة الملحة بضرورة إعداد برامج بهدف تنمية مهارات عامة ولا سيما المهارات اللغوية لأهميتها في اكتساب كافة الخبرات وجوانب التعلم الأخرى ، ولندرة الدراسات حول هذا الجانب، وقد تفيد الدراسة الحالية في إثراء البناء المعرفي للغة الطفل وتوافقه السيكولوجي والمهتمين بتعديل سلوك الطفل وبرامجه عامة.

- الأهمية التطبيقية من حيث إعداد برنامج يستند إلى بعض الأنشطة المحببة للأطفال كالطرائف والألغاز ليسد حاجة في مجال برامج الأطفال الإرشادية ويشبع حاجة الطفل للفكاهة والمرح والتفاعل الاجتماعي .
- تعدد الفئات المستفيدة من نتائج الدراسة ومنها : أطفال ما قبل المدرسة، معلمات رياض الأطفال والقائمون على تخطيط وتنفيذ برامج الأطفال ، الباحثون في مجال تربية طفل ما قبل المدرسة .
- فتح الطريق أمام بحوث أخرى في مجال البرامج الإرشادية والعلاجية للطفل.
- يمكن الاستفادة من نتائج الدراسة الحالية في تقديم الألعاب والأنشطة المتنوعة لطفل الروضة التي تساعده على التخلص من المشكلات اللغوية والسلوكية غير المرغوبة وتنمي قدرته على المشاركة .

**مصطلحات الدراسة:**

الاضطرابات السلوكية هي حالة تبدو فيها أفعال الفرد غير مرغوبة، ومزعجة وقد تكون ضارة إلى حد تعوق تعلم الفرد، مما يجعله في حاجة إلى خدمات خاصة لمواجهتها (عبد العزيز الشخص،٢٠٠٦: ٦٠).

ويقصد بالاضطرابات السلوكية للأطفال في الدراسة الحالية ما يواجه طفل الروضة من مشكلات مرتبطة بالتواصل اللفظي والتي من أبرزها مشكلة الخجل والانطواء والتي يمكن ملاحظتها وقياسها بالأداة التي أعدت لذلك، وهذه المشكلات قد تعوق عملية التعلم وتبرز الحاجة إلى خدمات خاصة لمواجهتها.

**حدود الدراسة : تتحدد الدراسة الحالية بما يلي:**

**أ- العينة المستخدمة :** وتقتصر على (١٢) طفلاً وطفلة من أطفال ما قبل المدرسة تتراوح أعمارهم بين ٣,٢- ٤,٨ سنوات.

ب- الأدوات المستخدمة:

- مقياس مهارات التواصل اللفظي لطفل الروضه إعداد المؤلفة
- مقياس الاضطرابات النفسية لطفل الروضة " " " "
- برنامج للأنشطة التربوية المقترحة " " " "
- مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة المصرية:

إعداد / عبد العزيز الشخص (٢٠٠٦)

- مقياس ستانفورد بينيه (الصورة الرابعة) إعداد / لويس مليكة (١٩٩٨)

**الإطار النظري:**

## التواصل اللفظي لدى الطفل:

أكد العلماء أن التواصل اللفظي له أهمية كبيرة في حياة الإنسان فهو يشتمل على قدرة الفرد على التعبير عن أفكاره ومشاعره واتجاهاته ، وكذلك القدرة على التأثير في الآخرين والتعبير عن الاحتياجات المختلفة للفرد، ولذلك فالتواصل له أهمية كبيرة في حياة الشخص سواء من الناحية النفسية أو الاجتماعية أو الثقافية، حيث يحقق للفرد التوافق الشخصي والاجتماعي ، كما أنه يربط بين اللغة والفكر من خلال التعبير عن الأفكار بالرموز اللغوية وينمي التواصل اللفظي للعمليات العقلية الأساسية من تفكير وإدراك وتخيل ، كما أنه يربط الأفراد معاً وكما يساعد على التعلم واكتساب المعارف والمهارات وينمي الابتكار .

إن غالبية الاضطرابات النفسية والسيكولوجية تأتي نتيجة لاضطراب عملية التواصل ، حيث يرى علماء النفس وخاصة الإكلينيكي والتحليلي أن الحديث الذي يجري بين الأفراد أو كما يحدث في المقابلات الإكلينيكية، وسرد موقف ليس الهدف منها التبليغ والأخبار فقط بل التعبير عن المشاعر والأفكار والرغبات والدوافع والتنفيس عن آلام الفرد وهمومه .

ومن الناحية الاجتماعية يعتبر التواصل اللفظي وسيلة اتصال وتفاهم بين أفراد الجنس البشري، وهي تربط الأفراد مع بعضهم وتعطي لهم طابعا خاصا ويساعد الأفراد في التحكم في الأشياء والموضوعات والبيئة إذ تحل محل هذه الأشياء موضوعات الكلمات التي ترمز إليها اللغة للفرد، ويحقق الشعور بالانتماء للجماعة أو المجتمع الذي يعيش فيه .

ولذا نجد أن عجز الطفل عن التعبير عن نفسه فإن ما يحول بينه وبين تحقيق هذا الغرض قد يكون إعاقة سمعية أو عوامل بيئية أدت إلى تأخر النمو اللغوي وفي ظل هذا يعجز الطفل عن نقل أفكاره وإذا حاول يخونه النطق أو يثقل عليه أو يكون كلامه غير مفهوم ، وربما عجز كلية عن الكلام وبالتالي يعاني هذا الطفل من الوحدة لأنه غير قادر على التواصل مع الآخرين ( سهير أمين، ٢٠٠٥:٢٠).

التواصل اللفظي :

يمكن أن نعرف التواصل بأنه عملية يتأثر بواسطتها فرد وأكثر من الآخرين ليحدث استجابة من نوع ما، والتواصل عملية اجتماعية ضرورية لاستمرار الحياة فهو علاقة تحتوي فردين أو أكثر ( إرينيه جوهانسون ، ١٢:١٩٩٨) واللغة المنطوقة تعتبر من أشكال التواصل اللفظي (Hagman, 1989) كذلك تعرف ( زينب شقير، ٢٠٠٠) التواصل اللفظي هو بأنه عبارة عن رموز عامة يشترك فيها الجميع ويتفقون على دلالتها لسيادة الرمز الاجتماعي " ارتقاء اللغة " أي أنه يحقق قدراً من قبول الذات وقبول الآخرين وإذا قل هذا القدر من القبول عن حد معين اضطربت عملية التواصل بين الفرد والآخرين، بل بين الفرد ونفسه أيضاً، ويحتوي التواصل اللفظي على عمليتين أساسيتين هما الإرسال والاستقبال ، فالإرسال هو القدرة على التعبير عن الأفكار بالألفاظ يفهمها المستمع أما الاستقبال فهو القدرة على فهم المعلومات التي نتلقاها أو نسمعها من الآخرين . وهناك تداخل بين مصطلحي التفاعل Interaction والاتصال Communication حيث ينظر بعض العلماء للاتصال على أنه عملية تفاعل وهم يرون أن الاتصال عملية تفاعل في ضوء بعض

المنبهات أو الإشارات أو النظرات عن طريق استجابة الأشخاص إليها حيث يشير فاروق عثمان (١٩٩٤) أن طبيعة الاتصال بين الأفراد تتميز بأنها عملية ديناميكية واعية تؤدي لإشباع حاجاتهم النفسية ، والفرق طفيف بين المفهومين قد يكون في طابع العملية نفسها، وتعرف المؤلفة التواصل اللفظي في الدراسة الحالية بأنه عملية ذات بعدين أساسيين، وهما الاستقبال والإرسال، فالاستقبال يعني قدرة الطفل على فهم المعلومة التي يتلقاها عن طريق حاسة السمع أو البصر والإرسال هو قدرة الطفل على التعبير عن أفكاره بكلمات واضحة ومفهومة، ويحدث الاضطراب في التواصل عندما يعجز الطفل على أن يجعل كلامه مفهوماً للآخرين أو التعبير عن أفكاره بصورة مناسبة ويتضح ذلك من خلال تطبيق مقياس التواصل اللفظي لطفل الروضة المستخدم في الدراسة الحالية .

## وظائف التواصل اللفظي:

**اتفق العلماء على تصنيف التواصل اللفظي في وظيفتين أساسيتين هما:**

**الوظيفة النفسية الشخصية** : وهي تعبر عن انفعالاتنا وعواطفنا ، وفيها يكون التواصل مركزاً حول الذات.

**الوظيفة الاجتماعية:** هي التي تجعل الغير يسلك كما نريد ، حيث يركز التواصل على الناحية الاجتماعية (بياجيه فيجوتسكي في زينب محمد شقير ،٢٠٠١ ١٧٠-١٧١) فللتواصل وظائف متعددة يمكن أن تتسع لتشمل الوظائف، كوظيفة للثقافة ووظيفة للتعليم وكوظيفة للجماعات الاجتماعية وكوظيفة لنضج شخصية الفرد. وعدم قدرة الطفل على التواصل مع الآخرين تجعلة يعاني من بعض المشكلات السلوكية كالإنطواء والخجل أوالعدوانية (عفاف الكومي ، ٢٠٠٧:٢١).

## أسس التواصل اللفظي:

**هناك ثلاثة أسس يجب توافرها لكي يحدث التواصل اللفظي وهي :**

١- تركيب فسيولوجي يتضمن أجهزة الكلام لحدوث التواصل اللفظي وتتم من خلاله مرحلة الاستقبال ثم المعالجة ثم إصدار الصوت بالكلام.

٢- محيط اجتماعي يساعد الطفل على تحقيق النمو اللفظي من خلال التفاعل بينه وبين المحيطين في هذا الوسط الاجتماعي .

٣- تركيب عقلي قائم على الفهم والإدراك والتذكر بكل ما قد يسمعه الفرد والذي يمكنه من التعلم مما سمعه( زينب محمد شقير،٢٠٠١).

كذلك يعتقد أن النمو العقلي يعد مطلباً أساسيًّا للتعلم، وقد تبنى هذا المذهب بياجيه منذ العشرينيات من القرن الماضي، ولقد ذهب بياجيه (١٩٦٣) إلى أن النمو اللغوي للطفل يعد انعكاسا لسياق نموه المعرفي الذي يسير في مراحل متتابعة، وتمثل المهارات اللغوية أحد تطبيقات المهارات المعرفية العامة في مجال التواصل (عبد العزيز الشخص، ١٩٩٧)

ولكي يتم اكتساب هذه اللغة لتؤدي وظيفتها النفسية والاجتماعية والمعرفية فلا بد من توافر مجموعة من الأساسيات المعرفية تتم في مراحل النمو .

**أ- مرحلة العمليات الحسية :** حيث تتكون فيها المهارات الأساسية لاكتساب اللغة وتشتمل على المهارات الحسية الحركية وهي الانتباه – عملية التقليد – دوام الأشياء– علاقات الوسائل – النتائج .

**مرحلة ما قبل العمليات:** وفيها تتطور لدى الطفل مجالات مختلفة يمكن أن تساعده على اكتساب اللغة وهي ( الانتباه – التصنيف – التسلسل والعد) ( ثناء الضبع ٢٠٠٧،١٧٠) .

**ولكي تنمو مهارات التواصل لدى الطفل لا بد من توافر العوامل الآتية :**

**أ- التآزر بين الحواس المختلفة:** لاكتساب مهارات التواصل اللفظي لابد وأن يمتلك الطفل القدرة على استخدام مجموعة من الحواس من سمع وبصر ولمس

وإحساس ، فيجب أن يستحضر الطفل الصورة الذهنية لموضوع الاتصال ومن الضروري أن يفهمها ويستوعبها.

ب- **تنمية القدرة على التذكر** : لا يحدث تعلم للتواصل إلا من خلال مخزون من الكلمات التي تعبر عن مدلولاتها التي تعلمها الطفل من ذي قبل وتعد القدرة على التذكر من العوامل الهامة التي تسهل استقبال المعلومات الجديدة والربط بين ما تم تعلمه والأشياء الجديدة التي يجب تعلمها .

ج- **تنمية مهارة التقليد** : فالطفل يمكن أن يتعلم التواصل من خلال تقليده للآخرين في صورة بعض المواقف البسيطة، ومن خلال ملاحظته للآخرين يتعلم التعبير اللغوي بتقليد الأفعال والأصوات والكلمات ، وبعد ذلك يتعلم الطفل أن يعبر عن نفسه اعتماداً على القدرات السابقة التي تعلمها.

د- **تنمية القدرة على استخدام أكثر من وسيلة**: من وسائل التواصل: وفيها يستخدم الطفل مهارة التواصل اللفظي، بالإضافة لمهارات أخرى من تعبيرات الوجه والإشارة والكلمات وحركات الجسم مع استخدام الطبقة المناسبة للصوت والتي تدعم التواصل اللفظي .

هـ- **تنمية اللغة التعبيرية الأولية**: التواصل اللفظي ليس مجرد نطق الكلمات وراء الآباء والأمهات، وإنما مهاراته تتطلب أن يعبر الطفل عن الكمات بمفهومه الخاص، وأن يربط بين الكلمات ليعبر عن أفكاره ويتم تعليم الطفل الكلمات التي تصف الأشياء والأحداث والأفعال البسيطة المهمة له.

## تنمية مهارات التواصل اللفظي لدى الأطفال:

يتم تنمية هذه المهارات من النقاط التالية:

- **تنمية حاسة السمع**: وذلك من خلال تدريب الطفل على التعرف على الإشارات المختلفة من خلال الصوت.

- تنمية حاسة البصر: وذلك من خلال إدراك الاختلافات والتشابهات ما بين الأشياء والتمييز بينها بحيث يستطيع الطفل عقد المقارنات بين الأشياء وإدراك الفروق ويليها التعبير عنها.
- **تنمية مهارة التمييز البصري:** بتكرار نفس الكلمة في عبارات مختلفة وقيام الطفل باستخدامها .
- **تنمية الإدراك المكاني و تركيز الانتباه :** من خلال عقد المقارنات بين الأشكال والأحجام والألوان ومواضع الأشياء .
- **مساعدة الطفل على تحقيق التفاعل الاجتماعي:** من خلال التقليد والمحاكاة ولعب الأدوار والحث على القراءة والكلام والنطق.
- تنمية الانتباه والإدراك من خلال إدراك الأشياء المحيطة به ثم وصفها والتعبير عنها بشكل صحيح.
- تنمية مهارة استيعاب التعليمات وتنفيذ الأوامر الموجهة للطفل .
- تنمية المهارات التعبيرية بحيث يستطيع الطفل أن يعبر عما بداخله من مشاعر وانفعالات ليحقق التواصل الوجداني.
- تدريب الطفل على التعرف على الوجدانيات المختلفة (سعادة – حزن – غضب – دهشة) وغيرها والتعبير عنها، ويمكن أن يتم ذلك من خلال عرض الصور أو بعض المشاهد المصورة والقصيرة .
- تدريب الطفل على تحقيق التآزر الحركي البصري.
- توفير البيئة المناسبة للطفل لتساعده على الكلام والتفاعل مع الآخرين وكثرة المثيرات وتنوع التدعيم المادي والمعنوي وتكوين علاقة حميمة مع الطفل.
- تنمية مهارات التواصل داخل الجماعة باللعب الجماعي داخل مجموعات وفي الأسرة.

- تنمية الثقة بالنفس لدى الطفل ليمكنه ذلك من التواصل بأنواعه وزيادة مستوى الطموح والتنافس والتعاون .
- التدعيم للأنشطة المختلفة التي يقوم بها الطفل، ومن الأفضل استخدام التدعيم الإيجابي أكثر من السلبي .
- ولقد تم تقديم العديد من البرامج وخطط العلاج اللغوي والتي تهدف إلى علاج تأخر النمو اللغوي والوسائل المساعدة لذلك، من أجل تحقيق أداء فعال ومتكامل في مواجهة مشكلة تأخر نمو اللغة عند الأطفال ، ولقد تضمن العلاج شقين:

**الأول: القسم " قبل اللفظي ":** ويتضمن إكساب الطفل القدرة على الانتباه والإصغاء الملائمين كما يركز على التقليد الحركي والصوتي ويهيىء الطفل لمرحلة اللعب الجماعي .

**الثاني: " القسم اللفظي":** ويركز على إكساب الطفل حصيلة لغوية استقبالية وتعبيرية عن طريق مراحل التعرف على الأشياء المألوفة وأعضاء الجسم ، وأجزاء الغرفة ثم تشجيع الطفل على الإنتاج اللفظي، ولقد وصى الباحثون بالاستفادة من طرق متعددة لتنمية التواصل اللفظي، منها الفنون الجميلة واللعب الحر، بالإضافة لاستخدام الموسيقي والحركة الإيقاعية من غناء وحركة موجهة ، بالإضافة لاستخدام أدب الأطفال والصور في تنمية بعض مهارات الاتصال الشفهي باستخدام أنشطة سهلة ومناسبة للأطفال واحتياجاتهم واهتماماتهم والتركيز على القيم الجمالية باستخدام القصص والمسرحيات والأشعار والأغاني واستخدام وسائل متعددة ومتنوعة تساعد على عدم ملل الطفل، بالإضافة لسهولة استثارته وزيادة استجابته . (Beck , R., & Piroivano,1996) .

ويمكن مساعدة الأطفال منذ سن صغيرة جدًا على مهارات التواصل اللفظي لديهم وخاصة إذا ما تم تشخيص الصعوبات التي يواجهونها والتدخل مبكراً للتعامل معها.

ولقد طبق البرنامج على مجموعة من الأطفال (١٢ طفلاً وطفلة ) ممن تتراوح أعمارهم ما بين (٣.٢) ثلاث سنوات وشهرين إلى (٤.٨) أربع سنوات وثمانية أشهر. ونسبة الذكاء تراوحت ما بين ٨٨-١١٠ على اختبار ستانفورد بينيه للذكاء، **قُسمت العينة إلى مجموعتين من الأطفال وهما:**

١- المجموعة التجريبية تتكون من ٦ أطفال (٢ إناث ، ٤ ذكور) بالإضافة إلى وجود طفلين في نفس المرحلة العمرية ولديهما مهارات لفظية جيدة ولا يعانيان من الانطواء والخجل في المجموعة التجريبية، وذلك حتى يكونا بمثابة نماذج جيدة تقدم للطفل المنطوي والخجول ذي المهارات اللفظية المتدنية وتساعده أن يقتدي بهما .

٢- المجموعة الضابطة تتكون من ٦ أطفال ( ٢إناث ، ٤ ذكور) ، وتمت مجانسة عينة الدراسة في المجموعتين التجريبية والضابطة،من حيث النقاط التالية :

أ- العمر الزمني. ب- العمر العقلي.

ج- المستوى الاجتماعي الاقتصادي.

**ولتطبيق البرنامج تم استخدام الأدوات التالية:**

**مقياس مهارات التواصل اللفظي لطفل الروضة : (إعداد المؤلفة):**

تهدف الدراسة الحالية إلى تحسين مهارات التواصل اللفظي لدى طفل الروضة، ومن ثم كان من الضروري وجود مقياس للتعرف على مستوى مهارات التواصل اللفظي لدى طفل الروضة .

ولقد تم إعداد المقياس في ضوء الاضطلاع على عدد من الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت دراسة مهارات التواصل اللفظي ثم تم تحديد العناصر الأساسية للمحاور الرئيسية لمهارات التواصل اللفظي والمتمثلة في التمييز السمعي والتمييز البصري والإحساس بالحركة والتعبير عنها وإدراك الطفل للانفعالات والتعبير عنها لفظيًا والقدرة على الانتباه للمثيرات الموجودة في البيئة المحيطة.

- تنمية قدرة الطفل على تمييز أصوات الطيور[عصفور / ديك/ بطة].
- تنمية قدرة الطفل على تمييز أصوات الحيوانات[قطة/ كلب/ حمار/ حصان].
- إكساب الطفل مهارة التعاون ومشاركة الآخرين.

**الجلسة :من الخامسة إلى السابعة:**

**الموضوع :** مهارة الاستماع (الانتباه لما يسمع).

**الأهداف الإجرائية:**

- تنمية قدرة الطفل على الانتباه والتركيز لما يسمع والاستجابة له بطريقة صحيحة.
- تدريب الطفل على فهم التعليمات الخاصة بأي نشاط يقوم به مع الجماعة ( ما يطلب منه وتنفيذه).
- التدريب على فهم الرسالة الشفهية بطريقة غير مباشرة .
- تنمية قدرة الطفل على تكوين صداقات مشبعة مع الآخرين.
- تنمية مهارات التعاون والتفاعل مع الأطفال الآخرين من خلال استخدام وتبادل أدوات الرسم.

**الجلسة : من الثامنة إلى العاشرة:**

**الموضوع :** إدراك مفهوم الزمان

**الأهداف الإجرائية :**

- تنمية قدرة الطفل على التذكر والانتباه والملاحظة
- تنمية قدرة الطفل على إدراك مفهوم الزمان.
- أن يفهم كلمات الزمان مثل ( امبارح – النهارده – الليل/ النهار).

- التعرف على فصلي الشتاء والصيف
- التعرف على أيام الأسبوع.
- مساعدة الطفل على تقبل الذات من خلال الشعور بالقدرة على العمل.
- إكساب الطفل مهارة التعاون مع الأطفال الآخرين ومساعدتهم بشكل إيجابي .

**الجلسة : من الحادية عشرة إلى الثانية عشرة:**

**الموضوع :** التعرف على الألوان.

**الأهداف الإجرائية:**

- تنمية قدرة الطفل على التميز بين الألوان المختلفة والنطق بأسمائها.
- أن يربط الطفل بين الأشياء وألوانها .
- تنمية قدرة الطفل على الإدراك البصري.
- تحسين الذاكرة البصرية لدى الطفل .
- تدويب الطفل على التحاور مع زميله والاندماج مع باقي الأطفال.
- مساعدة الطفل على خفض المشاعر السلبية (العجز وعدم الكفاءة) .
- تدريب الطفل على المحافظة على ممتلكات زميله.

**الجلسة : الثالثة عشرة و الرابعة عشرة:**

**الموضوع :** تنمية القدرة على إدراك الأحجام.

**الأهداف الإجرائية:** تنمية قدرة الطفل على إدراك الاختلافات والتشابهات ما بين الصور والأشياء.

- تدريب الطفل على عقد المقارنات بين الأشياء وإدراك الفروق من حيث الحجم والتعبير عنها لفظياً.
- تشجيع الطفل على إتباع القواعد والتعليمات داخل الجماعة.

**الجلسة : من الخامسة عشرة إلى السابعة عشرة:**

**الموضوع:** تنمية قدرة الطفل على الانتباه والتركيز البصري .

**الأهداف الإجرائية:** تنمية قدرة الطفل على التعرف على مكونات البيئة.

- تنمية قدرة الطفل على الإحساس بالحركة والتعبير عنها.
- تنمية قدرة الطفل على استخدامات الأشياء والتعبير عنها لفظيًا.
- تنمية قدرة الطفل على التعرف على الأشخاص والأعمال التي يقومون بها في البيئة المحيطة .
- تنمية قدرة الطفل على إدراك العلاقات المكانية والتعبير عنها.
- تشجيع الطفل على الاستجابة لزملائه بطريقة لائقة وتجنب الشجار والمشاكسة .
- التدريب على الاعتذار في حالة الخطأ .

**الجلسة : من الثامنة عشرة والتاسعة عشرة:**

**الموضوع:** تنمية القدرات اللغوية المتطورة لدى الطفل.

**الأهداف الإجرائية:** تنمية قدرة الطفل على تقليد ونطق الكلمات المسموعة بنفس الترتيب والإيقاع.

- تنمية قدرة الطفل على فهم الجمل الاستفهامية .
- مساعدة الطفل على إدراك مفهوم الضمير والتعبير عنه.

- تشجيع الطفل على إتباع القواعد والتعليمات.
- تشجيع الطفل على التعبير عن نفسه في بعض المواقف.

**الجلسة : العشرون إلى الحادية والعشرين:**

**الموضوع :** تنمية القدرات اللغوية المتطورة لدى الطفل.

**الأهداف الإجرائية:** تنمية قدرة الطفل على إدراك انفاعلات الآخرين والتعبير عنها.

- مساعدة الطفل على فهم أكثر للغة المتطورة من خلال التعبير عن حالة الفعل ( مسرعاً / بطيئاً ) .
- العمل على تنمية مهارة المسئولية الاجتماعية لدى الطفل.

**الجلسة : الثانية والعشرون والثالثة والعشرون:**

**الموضوع:** تنمية قدرة الطفل على التذكر .

**الأهداف الإجرائية:**

- تنمية قدرة الطفل على إدراك الأشكال الهندسية ومدلولاتها والتعبير عنها لفظياً .
- تنمية قدرة الطفل على إدراك الأعداد ومدلولاتها .
- التعرف على المفرد والجمع من خلال التفرقة بين مجموعات الصور من حيث المفرد والجمع .
- تنمية قدرة الطفل على الانتباه والتركيز .
- قدرة الطفل على التآزر الحركي البصري .
- تكوين اتجاهات إيجابية نحو المشاركة الاجتماعية الفعالة نحو الآخرين.

الجلسة : الرابعة والعشرون والخامسة والعشرون:

الموضوع: الانتباه للبيئة المحيطة بالطفل وما يحدث فيها.

الأهداف الإجرائية:

- o تنمية قدرة الطفل على إدراك الأشياء المحيطة ومدلولاتها والتعبير عنها.
- o تنمية قدرة الطفل التعرف على مكونات البيئة واستخداماتها .
- o مساعدة الطفل على إدراك المواقف الحياتية.
- o تشجيع الطفل على التعبير عن رغباته لفظياً .
- o مساعدة الطفل على الإقبال على علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين.

**نتائج تطبيق البرنامج:**

أتضح من النتائج التي توصلت إليها الدارسة في الفرضين الأول والثاني أن الفروق كانت داله تقريباً لغالبية أبعاد مقياس مهارات التواصل اللفظي لصالح مجموعة الأطفال في المجموعة التجريبية وتتفق هذه النتيجة مع ما توصل إليه الباحثون والدارسون في هذا المجال والذين أكدوا على أهمية عمل برامج للتدخل المبكر للأطفال الذين يواجهون مشكلات خاصة بالتواصل اللفظي في مرحلة رياض أطفال Simon,R.(1982), Sinclair,D.& Unko fer.& Kaiser, (2002), , Craig – Gonzalez (1992) كذلك يؤكد البعض الآخر عمل فحص مبكر وشامل للاضطرابات السلوكية لدى هؤلاء الأطفال Walker & Severson (1995) .

كما تتفق نتائج هذه الدراسة مع الدراسات التي أبرزت أهمية المثيرات الاجتماعية ولعب الأدوار لتنمية مهارات الطفل اللفظية والتمييز السمعي والبصري والسلوك الاستقلالي لطفل الروضة، وبالتالي تحسين عملية التفاعل الاجتماعي لديه.

بطرس حافظ (١٩٩٣) ، Merrigan (1988) وأيضاً الدراسات التي أوصت بأهمية أن يحتوي البرنامج المقدم للطفل على أنشطة متنوعة تثير حماس الطفل لاكتساب المهارة اللفظية مثل الأنشطة الفنية والقصصية وأخرى حركية وتمثيلية.عفاف الكومي(٢٠٠٧)، Bergan (1988)، Walker etal.(1995) .

كذلك قد يرجع هذا التحسن إلى طبيعة البرنامج الحالي الذي اشتمل على العناصر التالية أثناء اكساب الطفل المهارة اللفظية .

١- الانتباه **Attending**: وهي تتطلب تجاوب الطفل مع المثير المقدم له (على أن يكون المثير من البيئة المحيطة بالطفل) ثم ننتقل من المثيرات البيئية إلى المثيرات اللغوية بمعنى أنها تزداد لتشمل الانتباه للمثيرات اللغوية وتتفاعل معها لكي تظهر معاني أجزائه، ولكي يفهم الطفل المعنى فأنه يحتاج إلى الانتباه ليس فقط لما يقال ولكن كيف يقال.

٢- التمثيل **Representation**: وهذه تعمل على تطوير مفهوم المعرفة المزدوجة لدى الطفل أي أنه أثناء اللعب تتحول استخدامات الأشياء لاستخدامات أخرى أو قد تمثل الكلمة شيء أو حدث أو علاقة بين الأشياء مما يؤدي إلى زيادة معرفة الطفل بما يحيط به البيئة .

٣- التصنيف **Classiffication**: أي العمل على تحديد الأشياء والتي تشترك في بعض الصفات مع بعضها وذلك من خلال تنمية قدرة الطفل على التعرف على مجموعة من الخواص التي يتم التصنيف على أساسها . : Libby, Kumin, 2003 ) .(9-4

كذلك التركيز على المهارتين الأساسيتين وهي المهارة الاستقبالية والمهارة التعبيرية لكي يتحسن التواصل اللفظي فبالنسبة للمهارة الاستقبالية فلقد ركزت أنشطة البرنامج على تنمية قدرة الطفل على التذكر والتمييز السمعي والبصري وإدراك أوجه الشبه والاختلاف وإدراك الأشكال .

أما المهارة التعبيرية فلقد تم تنميتها لدى الطفل من خلال مجموعة الأنشطة التربوية التي تشتمل على نماذج للسلوك الاجتماعي والتفاعل اللفظي المتمثل في التعبير الحر والمحادثه مع أسلوب سرد القصة من خلال جلسات تدريبية مكثفة تشتمل على أساليب وطرق المحادثة والتواصل مما ينعكس على عملية التفاعل الاجتماعي بين الأطفال وبعضهم البعض بالإضافة إلى إثراء النمو اللغوي لديهم(Abbeduto,L.etal. (1995.

كما تضمن البرنامج الحالي شقين من أجل تحقيق أداء فعال ومتكامل في مواجهة مشكلة تأخر مهارات التواصل اللفظي وهما:

**أ- القسم قبل اللفظي:** ويتضمن إكساب الطفل القدرة على الانتباه والإصغاء من خلال التقليد الحركي والصوتي ويهيء الطفل لمرحلة اللعب الجماعي.

**ب- القسم اللفظي:** ويركز على إكساب الطفل حصيلة لغوية استقبالية وتعبيرية عن طريق التعرف على الأشياء المحيطة، والمألوفة للطفل مثل أعضاء الطفل، ومحتويات الغرفة والطيور والحيوانات الموجودة في بيئة الطفل ثم تشجيع الطفل على التعبير اللفظي عما يراه ويسمعه من مثيرات بصرية وسمعية، وذلك من خلال الأنشطة التي تتسم بالغناء والحركة الإيقاعية السهلة والمناسبة للطفل واحتياجاته واهتماماته، مع التركيز على القيم باستخدام القصص والمسرحيات والأغاني واستخدام وسائل متعددة ومتنوعة لكي لا يمل الطفل من الأنشطة المتكررة .

هدى مصطفي (٢٠٠١), (Beck, R. & Pirovano,M. (1996) )

**على أن تتسم الأنشطة المحددة للطفل بالنقاط التالية:**

- التدرج في تقديم الأنشطة من البسيط إلى المركب حتى لا ينفر الطفل.
- مراعاة الخصائص النفسية والاجتماعية لطفل الروضة .

- أن تتناسب الأنشطة مع قدرات وإمكانيات الأطفال حتى لا يشعر بالإحباط.
- التركيز على فترات الراحة في الجلسة الواحدة حتى لا يشعر الطفل بالملل .
- تنمية دافعية الطفل لممارسة الأنشطة والانخراط مع أعضاء المجموعة في علاقات مشبعة.
- التركيز على عناصر التشويق والإثارة في البرنامج لإثارة حماس الطفل للعمل.
- إتاحة الفرص لإكساب الطفل الشعور بالكفاءة الاجتماعية.

كذلك نلاحظ من نتائج الدراسة أن هناك تحسناً طرأ على درجات أفراد المجموعة التجريبية على بعدي الانطواء والخجل لدى الأطفال بعد تعرضهم لجلسات البرنامج وترجع هذه النتائج إلى الاستراتيجية المستخدمة في هذا البرنامج والتي ركزت على أهمية التفاعل الاجتماعي بين الطفل (النموذج) وجماعة الأطفال تلك الجماعة التي تعمل على تعزيز أو عقاب السلوك الصادر من الطفل، فالسلوك الذي يقترب من معايير السلوك المقبول اجتماعياً مثل أن يتسم سلوك الطفل بالإيجابية نحو المشاركة الفعالة مع أقرانه والتعاون أثناء الانخراط في ممارسة الأنشطة التربوية المقدمة له من خلال البرنامج، كذلك اعتماد الطفل على نفسه في مواجهة المواقف التي تطرأ عليه أثناء الاندماج مع الأقران، وقدرته على الاعتذار للآخرين في حالة الخطأ ، كل هذه الاستجابات هي بمثابة استجابات يتم تدعيمها بصورة إيجابية، حيث يشير باندورا إلى أن مبادئ التعلم عن طريق التقليد "النموذج" يمكن أن تنطبق بنفس الدرجة على تعلم جميع أنواع السلوك، وأن الفرد يطور فرضياته حول نوع السلوك، بمعنى أن قبول أو عدم قبول هذه الفرضيات يعتمد على النتائج المترتبة على السلوك مثل الثواب أو العقاب، ومن ثم فإن تعلم الطفل وفقاً لهذه النظرية يحدث عن طريق مراقبة سلوك الآخرين وملاحظة نتائج

أفعالهم. فاروق الروسان (١٩٩٩:٣٧١) ، صالح أبو جادو (١٩٩٨:٢١٦) ، نرمين نيقولا (١٩٩٦) ، بطرس حافظ (١٩٩٣) ، (Merigan, (1988 ، ويعُتقد أن تلك الاستراتيجيه ساعدت إلى - حد كبير- الطفل الخجول والمنطوي على تعديل سلوكياته اللاتوافقية وتشجيعه على التحدث والتعبير عن رغباته دون خوف وكذلك مساعدة أقرانه بشكل إيجابي ومشاركتهم الحوار والاندماج معهم في إنجاح العمل المطلوب من أطفال المجموعة التجريبية ككل .

# الفصل السابع

# تصميم برنامج تدريبي للأطفال المصابين بالتوحد

## إعداد المؤلفة

- مقدمة.
- اضطراب التوحد.
- مقياس تقييم الطفل المتوحد.
- برنامج تدريبي للأطفال المصابين بأعراض التوحد.
- برنامج تدريبي للأطفال المصابين بأعراض التوحد.
- جلسات البرنامج.
- الاستراتيجيات التربوية المقترح اتباعها في التطبيق العملي للبرنامج.
- برنامج إرشادي لوالدي الطفل المتوحد.
- نتائج تطبيق البرنامج.

## مقدمة:

يعتبر اضطراب التوحد من الإعاقات التي أثارت الجدل حولها حيث لم يتفق الباحثون حتى الآن على تفسير موحد لهذا الاضطراب، فهو موضوع حديث الظهور ولذلك استخدمت تسميات كثيرة ومختلفة لتشير إلى هذا الاضطراب مثل اجترارية الطفولة المبكرة Early infantile autism ذهان الطفولة Childhood Psychosis النمو غير السوي Atypical development وهو لفظ يستخدم أحياناً لتمييز فصام الطفولة أو الاجترارية .ويرى البعض أن هذه المصطلحات المختلفة تعكس التطور التاريخي لاضطراب التوحد واختلاف اهتمامات وتخصصات الدارسين في مجال التربية الخاصة بالإضافة إلى أن اختلاف المسميات لهذا الاضطراب يشير إلى غموض وتعقد التشخيص الفارق للتوحد(Biklen, 1993) .

## اضطراب التوحد:

والأطفال الذي يعانون من اضطراب التوحد تظهر عليهم أعراض الانسحاب الاجتماعي والانطواء على النفس وعدم القدرة على إقامة علاقات سوية مع الآخرين بالإضافة إلى اضطراب اللغة التي تبدو مظاهرة في تأخر اكتساب اللغة والفشل في تطويرها كما أنهم يعانون من ضعف الانتباه وعدم القدرة على فهم التعليمات اللفظية فضلاً عن وجود نشاط حركي مفرط يتسم بالنمطية ( Koegel, et al. 1982) كما يصفهم آباؤهم بأنهم يكتفون بأنفسهم وكأنهم في قوقعة ويتصرفون وكأن الآخرين ليس لهم وجود ، أنهم يشعرون بالسعادة عندما ينفردون بأنفسهم (Simbson & Regan,1986 ) .

ومن الجدير بالذكر أن ليوكانر Leo Kanner ذلك الطبيب النفسي الأمريكي هو أول من أشار إلى التوحد كاضطراب يحدث في مرحلة الطفولة سنة (١٩٤٣)

وذلك حين وصف إحدى عشر طفلاً بأنهم لم يرتقوا بصورة سوية في علاقاتهم بالآخرين حيث كانت قدراتهم اللغوية محدودة للغاية، ولديهم رغبات قهرية في ممارسة نفس السلوك مرات عديدة ، وبذلك نجد أن ليوكانر أكد على أن الاضطراب الأساسي يكون في عدم القدرة على التفاعل مع الآخرين، كما أشار إلى أن الوالدين يصفون أطفالهم وكأن لديهم اكتفاء ذاتياً Self-Sufficient وتوقع واستمتاع بالوحدة مع عدم الإحساس بالآخرين(Michael,1996:27) .

ولقد أشارت الدراسات إلى أن معدل الانتشار ما بين ٤-٥ أطفال لكل عشرة آلاف طفل ممن تقل أعمارهم عن (١٥) عامًا، وأن نسبة الإصابة بين الذكور أكبر من الإناث بنسبة ٤:١ ولكن الإناث يملن لأن يكن أشد اضطرابا ولديهن خلل معرفي أكبر من الذكور (عثمان فرج ، ١٩٩٥ :٦). أما محمود حمودة (١٩٩١ :١٥) فيوضح لنا أن ٤٠٪ من المصابين باضطراب التوحد لديهم معامل ذكاء يقل عن (٥٠ ) درجة وحوالي ٣٠٪ يتراوح معامل ذكائهم ما بين ٥٠ : ٧٠ ، ويلاحظ أن حدوث التوحد يتزايد مع نقص الذكاء حيث إن دراسة سجلات معدلات الذكاء لدى هؤلاء الأفراد تعكس مشاكلهم مع النمو اللغوي السليم ومهارات التفكير المجرد.

أشار دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية في الطبعة الرابعة D S M . IV الذي تصدره الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) إلى الأعراض التي يلزم توافرها في الطفل المتوحد على النحو التالي.

١- اضطراب في الأداء الوظيفي للطفل (قبل أن يصل إلى الثالثة من عمره) في واحد على الأقل من الجوانب التالية:

- التفاعل الاجتماعي .
- التواصل اللفظي .
- اللعب الخيالي .

٢- خلل كيفي في التفاعل الاجتماعي في اثنين من أربعة محكات وهي:

- خلل واضح في استخدام السلوكيات غير اللفظية .
- فشل في تنمية مستوى العلاقات الاجتماعية المناسبة للمرحلة العمرية للطفل.
- نقص واضح في مشاركة الآخرين الأنشطة والاهتمامات.
- نقص التبادل الاجتماعي .

٣- قصور كيفي في اللغة والتواصل في واحد على الأقل من أربعة محكات:

- تأخر أو نقص كامل في اللغة المنطوقة .
- عدم القدرة على المبادأة في إقامة حوار مع الآخرين.
- الاستخدام النمطي (المتكرر) للغة .
- قصور في اللعب الخيالي ( تمثيل الأدوار الاجتماعية ).

٤- سلوكيات أو اهتمامات نمطية وتكرارية تبدو في واحد على الأقل من أربعة محكات :

- الانشغال باهتمام نمطي واحد غير سوي .
- التمسك بالرقابة والروتين .
- سلوك حركي متكرر ( رفرفة الزراعيين).
- الانشغال بأجزاء من الأشياء .

أما عن الأسباب المؤدية لحدوث التوحد فلقد اختلف العلماء في تحديد تلك الأسباب فيؤكد البعض أنه لم يتم التوصل بعد إلى تحديد العوامل المباشرة لحدوث التوحد؛ ولذلك بقيت هذه العوامل غير معروفة ولكن مؤخراً ظهرت بعض وجهات النظر بشأن العوامل أو الأسباب المؤدية لهذا الاضطراب وهي:

## أولاً: العوامل الجينية:

لقد أثبتت بعض الدراسات أن هناك ارتباطاً بين اضطراب التوحد وشذوذ الكروموزومات حيث أوضحت تلك الدراسات أن هناك ارتباطاً بين ظهور هذا الاضطراب وبين كروموزوم يسمى Fragile X كما وجد أنه مسبب للتخلف العقلي وله دور أساسي في حدوث مشكلات سلوكية مثل النشاط الزائد .

أيضاً هناك دراسات أثبتت أن الأطفال المصابين بالتوحد الذين يعانون من التخلف العقلي كانوا أكثر تعرضاً لوجود إخوة مصابين بالتخلف أو أعراض التوحد. (Lida,Heleme,1993 ) .

## ثانياً: العوامل العضوية:

يرجع بعض الباحثين ظاهرة التوحد إلى بعض المشكلات العصبية المرتبطة بالتفاعلات الكيميائية الحيوية بالمخ حيث يرى أصحاب وجهة النظر هذه أن التوحد يحدث نتيجة للاضطراب في الجهاز العصبي الذي يؤثر على وظائف المخ، ويتفق مع هذا الرأي كثير من الأطباء الذين تابعوا دراسة حالات التوحد حيث يؤكدون أنه يرجع إلى اضطراب عضوي يصيب بعض مراكز المخ؛ مما يؤدي إلى الإخلال بوظائف تلك المراكز خاصة في مجالات الإدراك والتوافق الحركي كما وجد أن المصابين باضطرابات التوحد هم أولئك من بين الأطفال المبتسرين أو الذين تعسرت ولادتهم، كذلك أظهرت بعض الدراسات أن هؤلاء الأطفال يعانون من نماذج غير طبيعية للموجات المخية تظهر في رسم المخ الكهربائي (Porter,et al. 1992).

ولقد حاول بعض الإخصائيين علاج أعراض اضطراب التوحد بإعطائهم عقاقير تخفض من مستوى السيرتونين في الدم مما أدى إلى تحسن ملحوظ في طريقة الكلام والسلوك الاجتماعي واستمرت هذه المكاسب لمدة ثلاثة أشهر بعد توقف إعطاء العقار .

كذلك وجد أن تناول الطفل العقار يعمل على تخفيض مستوى الدوبامين أدى إلى خفض حدة أعراض التوحد مثل سلوك إيذاء الذات والحركات النمطية المتكررة (Bootzin , et al,1993:480) .

### ثالثاً: العوامل النفسية والأسرية:

يعتبر ليوكانر Leo- Kanner أول من وصف آباء هؤلاء الأطفال بأنهم شديدو الاهتمام بالتفاصيل ويتسمون بالانطوائية والبرود العاطفي ولا يظهرون الود لأولادهم إلى جانب أنهم متفوقون عقلياً ، لذا يرى أصحاب وجهة النظر هذه أن التوحد ناتج عن إحساس الطفل بالرفض من والديه وعدم إحساسه بالعاطفة مما يؤدي إلى خوف الطفل وانسحابه من هذا الجو الأسري، وبالتالي تظهر عليه أعراض التوحد؛ ولذا نجد أنصار وجهة النظر هذه يؤكدون على الخبرات الأولى في حياة الطفل لما لها من تأثير على مراحل نموه التالية، وأن الفشل في إقامة علاقات مع الطفل قد يكون أحد الأسباب القوية للاضطرابات خاصة الانفعالية والتي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالعلاقة بين الطفل ووالديه في مرحلة الطفولة المبكرة مما يؤدي إلى انسحابه وعزلته داخل أسواره الذاتية .(عمر خليل ، ١٩٩٤ :٦٦).

كما قدمت نتائج الدراسات التي قام بها (Serry et al., 1994 ) ما يدحض هذا الاتجاه . حيث قدمت دراسة بهدف التعرف على تفاعل الأمهات مع أطفالهن المصابين بالتوحد وأظهرت النتائج أنهن يقضين ٨٦٪ من الوقت للمحافظة على تفاعل الأطفال معهن .

وفي دراسة أخرى (Waston, 1998 ) كان الهدف منها المقارنة بين تفاعل الأمهات من خلال مجموعتين الأمهات لأطفال أسوياء والأخرى لذوي التوحد وكشف النتائج عن عدم وجود فروق مع مجموعتين من الأمهات في مستوى التفاعل الاجتماعي مع أطفالهن.

وتتبلور أهمية هذه الدراسة في أن ظاهرة الإعاقة بوجه عام مشكلة خطيرة في أي مجتمع لأنها تعيق مسيرة التنمية ، ومن هذا المنطلق تتمثل إحدى مؤشرات حضارة الأمم وارتقائها في مدى عنايتها بتربية الأجيال بمختلف فئاتهم وهو ما يتجلى بوضوح في مدى العناية التي يتلقاها الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتوفير فرص النمو الشامل لهم مما يعدهم للانخراط في المجتمع .

ويعتبر التوحد أحد هذه الإعاقات حيث أشارت الدراسات الحديثة في الولايات المتحدة أنه يوجد على الأقل ٣٦٠,٠٠٠ فرداً مصاباً بالتوحدية . كما أوضحت الدراسات أن التوحدية تعد الإعاقة الرابعة الأكثر شيوعاً للإعاقات المختلفة التي تتمثل في التخلف العقلي، الصرع ، والشلل المخي وكما سبق أن قلنا أن حدوث ظاهرة التوحد تتراوح ما بين إلى ٤:٥ أطفال لكل عشرة آلاف طفل.

( Michael,et al ., 1997: 10)

وفي مصر أشار المؤتمر العربي السادس للطب النفسي عام (١٩٩٤) إلى أن ٢٪ تقريباً من السكان الذين يصنفون كمعاقين عقليًّا أو لديهم اضطراب سلوكي أو انفعالي يكونون مصابين بالتوحدية .(Abdalla, 1994:122 ) .

ويعتبر اضطراب التوحد من أكثر الإعاقات صعوبة وتعقيداً وذلك لأنة يؤثر على الكثير من مظاهر نمو الطفل مما يؤدي به إلى الانسحاب والانغلاق على الذات فهو منعزل عن الأطفال ولا يتجاوب مع لعب الوالدين، ولا يستجيب لأوامرهم ونداءاتهم، وهذا بالتالي يضعف اتصال الطفل بعالمه المحيط ويفضل التعامل مع الأشياء غير الطبيعية أكثر من تعامله مع الأشخاص المحيطين مما يؤثر بالسلب على اندماج الأسرة في المجتمع وإنتاجها وأدائها لدورها الاجتماعي.

**ومن هنا تبرز أهمية هذه الدراسة في النقاط التالية :**

١- تصميم برنامج تربوي لهذه الفئة من الأطفال لكي سهم في اكتساب الطفل المتوحد المهارات الاجتماعية واللفظية والمعرفية الخاصة بالمرحلة العمرية التي ينتمي إليها.

٢- تقديم مقياس يمكن من خلاله تشخيص حالات التوحدية لدى الأطفال مما يسهل الاكتشاف المبكر لتلك الحالات وتقديم الرعاية المناسبة في وقت مبكر.

٣- مساعدة أسرة الطفل المتوحد من خلال توجيههم وإرشادهم إلى الطرق السليمة لرعاية أطفالهم .

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي من حيث مقياس تقييم الطفل المتوحد؟

**وإذا تطرقنا إلى الدراسات التي أجريت في هذا الإطار نجد أن:**

إيفا لوفاس Lovaas(1987) قدم برنامجاً لمساعدة مجموعة من الأطفال التوحديين مستخدماً أسلوب العلاج السلوكي بهدف التغلب على السلوكيات غير المرغوب فيها وتنمية اللغة ومهارات اللعب والتفاعل الاجتماعي مع الاهتمام ببناء المهارات المعرفية .

**ولقد تناول البرنامج المجالات التالية :**

- تدريب الطفل على الجلسة الصحيحة .
- تنمية القدرة على الانتباه بحيث يستطيع الطفل التركيز لأطول فترة زمنية ممكنة حسب قدراته .
- التغلب على المشاكل السلوكية المعوقة للتحصيل .
- تنمية مهارات المحاكاة .
- تنمية مهارات الرعاية الذاتية .

طبق البرنامج على عينة من الأطفال مكونة من (١٩) طفلاً من الأطفال المصابين بالتوحد واستمر تطبيق البرنامج لمدة عامين بواقع (٤٠) جلسة أسبوعياً .

ولقد أشارت النتائج إلى تقدم أفراد المجموعة التجريبية بشكل دال إحصائيًا في التحصيل الدراسي وفي درجات اختبار الذكاء والمهارات الاجتماعية .

ويعد برنامج Treatment & Education of Autistic & Related(TEACCH)Communication Handicapped Children من أكثر البرامج استخداما في العديد من الدول، يهدف البرنامج إلى علاج الكلام، العلاج المهني باستخدام أساليب التعزيز الإيجابي والسلبي وأسلوب تحليل المهام لمواجهة المشاكل السلوكية وذلك من خلال تحقيق النقاط التالية :

- تحسين التوافق للطفل المتوحد عن طريق تحسين المهارات الفردية وتنمية التكيف مع البيئة .
- تنمية المهارات الاجتماعية واللفظية .
- تقبل القصور في الأطفال.
- تدريس الجوانب المعرفية والأكاديمية .
- تنمية قدرة الطفل على التآزر الحركي بين العين واليد.
- تنمية مهارات الرعاية الذاتية .

كما أكد واضعو البرنامج على مشاركة الوالدين في تطبيق البرنامج لذلك تقدم خدمات خاصة لأسرة الطفل التوحدي بهدف تدريبهم والاهتمام برغباتهم .

وبالنسبة للدراسات التي استخدمت هذا البرنامج دراسة قام بها Lord & Schopler , (1989) على مجموعة الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة حيث أوضحت النتائج تحسنا واضحا في المهارات اللغوية وفي نسب التحصيل الدراسة .

أيضاً قام Ozonoff & Cathcant (1998) بدراسة للتعرف على فاعلية برنامج TEACCH على عينة من الأطفال تتكون من (١١) طفلاً تتراوح أعمارهم

الزمنية ما بين (٢-٦) سنة . وأسفرت النتائج عن تحسن واضح لدى الأطفال على مقاييس المحاكاة ومهارات المفاهيم غير اللفظية Nonverbal Conceptual Skills .

كما أجري Krantz 1998 دراسة تهدف إلى التعرف على المهارات الاجتماعية واللفظية لدى الأطفال التوحديين وكيفية تنميتها على عينة مكونة من (٣) أطفال توحديين في مرحلة ما قبل المدرسة وأوضحت النتائج تحسن واضح في المهارات اللفظية أثناء الإجابة على بعض الأسئلة واستخدام الكلمات بدلاً من الإشارة عند طلب شيء معين.

أيضاً استخدم (1999) ,.Edelson, et al برنامجاً يتضمن التدريب على بعض الأنشطة الموسيقية بهدف خفض حدة وتكرار بعض السلوكيات غير المقبولة اجتماعيا. واستمر تطبيق البرنامج لمدة (٢٠) جلسة بواقع نصف ساعة لكل منها، وأظهرت النتائج حدوث نقص دال في السلوكيات غير السوية وخاصة السلوك العدواني.

ولقد لاحظ (1998) Krantz & Mc Clannahan أن المهارات الاجتماعية يمكن التدريب عليها في مواقف تدريبية مضبوطة تعميمها بعد ذلك في مواقف الحياة الاجتماعية وذلك من خلال دراسته التي استخدم فيها أسلوب السيناريو المتلاشي Seript-Fading Procedure وذلك لتدريب الطفل التوحدي على تنمية المهارات الاجتماعية .ولقد لاحظ الباحث بعد تعليم الأطفال هذه السيناريوهات والتدريب عليها في مواقف مضبوطة . تحسناً ملحوظاً أثناء تفاعلهم مع المواقف الحياتية .

أيضاً قدم Zamoli & Daggett, 1998 دراسة على مجموعة من الأطفال تتراوح أعمارهم ما بين ٢:٦ أعوام مستخدماً أسلوب العلاج السلوكي متمثلاً في التدعيمات الإجابية وذلك بهدف التعرف على تأثير معدل التدعيم الإيجابي على المبادرات الاجتماعية التلقائية ( الابتسام – المبادرات اللفظية ) ، ومن ثم كشفت

نتائج الدراسة أن هناك ارتباطاً بين زيادة معدل المبادرة الاجتماعية التلقائية للطفل التوحدي ومعدل التدعيم الإيجابي .

ولقد توصل Swaggant, et al., (1995) إلى نتيجة هامة مؤداها أن القصور الاجتماعي الموجود لدى الطفل المتوحد ما هو إلا نتيجة لنقص المعرفة أو تدريب بالسلوكيات المناسبة التي يمكن استخدامها في المواقف الحياتية وذلك من خلال دراسة على ثلاثة أطفال تتراوح أعمارهم من (٧-١١) سنة مستخدماً القصص الاجتماعية التي يمكن من خلالها تعليم الأطفال المهارات الاجتماعية والسلوكية للطفل التوحدي .

كما كشفت نتائج بعض الدراسات عن أن التدريبات البدنية العنيفة التي يمارسها الطفل التوحدي لها تأثيرات إيجابية على كثير من الظاهرة السلوكية مثل دراسة (1988) & Riml التي وجد من خلالها أن استخدام التدريبات البدنية لها تأثير إيجابي على السلوك النمطي ، النشاط الزائد، اضطرابات النوم والعدوان والقلق وإيذاء الذات بالإضافة إلى التأثير الإيجابي على درجة انتباه الطفل ومهاراته الاجتماعية .

أيضاً توصل Mitchell (1997) إلى أن التمارين التي يؤديها الطفل المتوحد في الهواء الطلق تؤدي إلى زيادة الأداء الأكاديمي وخفض حدة سلوك إثارة الذات .

وفي دراسة أخرى التي هدفت إلى التعرف على تأثير مستويين من التمارين (المشي مقابل العدو المتأني ) على مجموعة الأطفال التوحديين ، حيث كشفت النتائج إلى أن العدو المتأني له تأثير دال على خفض حدة سلوك إثارة الذات .

كذلك أكدت بعض الدراسات على أهمية استخدام مجموعة من الرفاق في تحسين التفاعلات الاجتماعية لدى الطفل المتوحد منها دراسة Carrison(1997) وذلك على عينة مكونة من ثلاثة من الأطفال التوحديين تتراوح أعمارهم بين (٦-٧) سنوات مع مجموعة من الأطفال العاديين حيث يتم تدريبهم على لعب الدور

والتغذية المرتدة وذلك بهدف تشجيع وإثارة التفاعل الاجتماعي المطلوب. وأسفرت النتائج عن تحسن واضح في تحسين العلاقات الاجتماعية بين هؤلاء الأطفال التوحديين وتحسن في مستوى اللغة ونقص السلوك الفوضوي .

أيضاً استخدام Pierce & Schreibmam,(1997) برنامج لتنمية المهارات الاجتماعية يتضمن أسلوب اللعب مع مجموعة من الرفاق تتراوح أعمارهم بين ٧،٨ سنة وأخرى من الأطفال التوحديين في نفس المرحلة العمرية .واستمرت جلسات البرنامج لمدة ثلاثة أشهر بعضها أوضحت النتائج تحسنا واضحا في مستوى لغة الطفل التوحدي كمًا وكيفًا، بالإضافة إلى التحسن الملحوظ في التفاعلات الاجتماعية أثناء لعب الأطفال ، مما يؤكد أهمية شبكة الرفاق وقيمتها في تحسين العلاقات الاجتماعية لدى هؤلاء الأطفال .

كما قام Ciddan (1990) بتطبيق برنامج يهدف إلى تحسين المهارات الاجتماعية للطفل التوحدي والتخلص من بعض السلوكيات غير المقبولة اجتماعيا.

وتضمن البرنامج بعض الأنشطة الحركية والفنية والاجتماعية والألعاب باستخدام بعض الفنيات مثل التدعيم والاقتصاد الرمزي والتقبل الاجتماعي، وذلك على مجموعة من الأطفال تتراوح أعمارهم ما بين (٤-٩) سنة مع نهاية البرنامج لوحظ زيادة النشاط الاجتماعي للأطفال التوحديين مع نقص واضح في سلوك إيذاء الذات، وأشارت نتائج الدراسة التي قام بها (1990) , Giddan حدوث تحسن في السلوكيات الاجتماعية ونقص في السلوكيات غير المقبولة اجتماعياً مثل السلوك العدواني لمجموعة تتكون من (١٥) مراهقاً من ذوي التوحد حيث تتضمن أنشطة البرنامج التدريب على المهام المتعلقة بالأعمال المنزلية ورعاية الحيوانات والزراعة .

كما يعتقد العملاء والمهتمين بهذه الظاهرة إلى أن أسر الأطفال التوحديين يعانون من الضغوط النفسية والاكتئاب مما ينعكس ذلك على سلوك الطفل وتقدمه بشكل سلبي .مما يدعو إلى الاهتمام بتدريب أسرة الطفل على كيفية التعامل معه

وتدعيم فكرة التدخل المبكر وبالتالي يكون لهم دور إيجابي في فريق العمل الذي يقدم الخدمة التعليمية للطفل فيما بعد (Factor, et al., 1990)(Elder,1995 ) .

هذا بالإضافة إلى أن هناك الكثير من الدارسين لظاهرة التوحد أشاروا إلى أن تدريب الوالدين على أساليب التعامل المناسب مع الطفل يؤدي إلى الارتقاء بمستواه الأدائي السلوكي ويعينه على اكتساب العديد من الأنماط السلوكية الملائمة. مثل بعض الدراسات التي هدفت إلى التعرف على مدى أهمية دور الأسرة في تنمية قدرة المراهق في التعبير عن اختياراته المستقبلية .

ويتضمن البرنامج بعض المحاضرات الإرشادية التي توضح كيفية التعامل مع المراهق التوحدي ومساعدته على الوصول إلى درجة مقبولة من السلوك الاستقلالي والحد من السلوك الانسحابي .

أيضاً قدم Eikeseth, (1999) برنامجاً إرشادياً لوالدي الطفل التوحدي يحثهم فيه على أهمية مشاركتهم على التفاعل ومشاركة الأطفال داخل الفصل وخارجه والقيام بإسهامات فعلية في البرنامج.

حيث أوضحت النتائج زيادة في التفاعلات الاجتماعية المرغوبة واشتراكهم في الأنشطة الاجتماعية داخل الفصل وما يستلزم من إجراء للمناقشات الايجابية مع أقرانهم .

ومن ثم توصل Eikeseth, (1999) إلى أهمية العلاج السلوكي في تحسين مستوى اللغة والسلوك التكيفي لدى مجموعة من الأطفال التوحديين تتراوح أعمارهم ما بين (٤:٧) لكنه أكد على أهمية التدخل العلاجي المبكر وبصورة مكثفة مع هؤلاء الأطفال وذلك في سن السادسة أو الخامسة مع ضرورة وجود برامج منزلية مهمة .

وقدم Wolf-Schein, (1999) دراسة بعنوان " تعليم الكلام للطفل المتوحد من خلال أسلوب Structured Method in Language Education - SMILE وذلك من خلال ست نقاط أساسية لتنمية الاتصال اللغوي وهي:

- تدريب الطفل على جذب الانتباه وتعميم هذا السلوك في كل المواقف التعليمية.
- دمج الأصوات لتكوين أسماء ثم ربط المعاني بالأسماء التي ترى أو تسمع.
- تعليم الطفل الأفعال والأرقام والألوان والجمع.
- تعليم الطفل الجمل البسيطة والأسئلة والضمائر والحروف.
- تعليم الطفل مهارات التقليد والانتباه وذلك من خلال الأنشطة التي تقوم بها المعلمة .
- تقديم القصص الوصفية عن أشياء موجودة في بيئة الطفل (لكنها لا تزيد عن أربع جمل ) .

كما تضمن البرنامج بعض الأنشطة الحركية مثل الوثب، والقفز، التصفيق ، والأنشطة الفنية وذلك لتنمية العضلات الكبيرة والصغيرة، كما أكد البرنامج أيضاً على أهمية اشتراك الوالدين في تطبيق البرنامج. ولقد أشارت نتائج الدراسة فعالية طريقة SMILE لتعليم الأطفال التوحديين اللغة.

وضع عبد الله المنان (١٩٩٧) برنامجاً تدريبياً لتخفيف حدة اضطراب الأطفال التوحديين وذلك من خلال تنمية بعض الاستجابات الإيجابية على سلوك الطفل التوحدي وتزويده ببعض المهارات الحياتية التي تساعده على إحداث التوافق مع النفس ومع البيئة الخارجية.

وجرى تطبيق البرنامج على عينة مكونة من (٣٠) من الأطفال السعوديين التوحديين تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (٧-١٤) عاماً. ولقد أشارت النتائج إلى انخفاض نسبة القلق والسلوك العدواني والنشاط الحركي المفرط، كما ارتفعت درجات مستوى العلاقات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين بعد تعرضهم للبرنامج التدريبي .

ويتضح من العرض السابق للدراسات : أن هناك شبه اتفاق بين الدراسات على أهمية تقديم البرامج الإرشادية والتعليمية للطفل المتوحد لما لها من أثر إيجابي على تنمية المهارات والسلوكيات المقبولة اجتماعيا .

ولقد أكدت غالبية الدراسات على كفاءة المدرسة السلوكي في تعديل سلوك الطفل المتوحد، كما أكدت أيضاً على أهمية دور الوالدين كعنصر أساسي في البرامج المقدمة لهذه الفئة من الأطفال . مما حدا بالباحثة إلى إجراء برنامج تدريبي لتنمية المهارات الاجتماعية واللغوية وتعديل السلوكيات غير المقبولة اجتماعيًا بالإضافة إلى تنمية بعض المفاهيم المعرفية المرتبطة بالحياة اليومية للطفل ، وهذا يتطلب تخطيطاً وتنظيماً لخبرات هؤلاء الأطفال بما يتفق مع المراحل العمريه والمعدلات النهائية المنشودة للطفل التوحدي في البيئة المصرية .

ولقد تم تطبيق البرنامج على عينة من (١٠) أطفال توحديين من الأطفال الملتحقين بمدارس هابي ورلد Happy World ممن تتراوح درجاتهم ما بين ٢٥:٧٥ درجة على مقياس تقييم الطفل المتوحد الذي أعدته المؤلفة في ضوء المحكات الواردة بالطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة DSM-IV الصادر من الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) كما تتراوح الأعمار الزمنية لعينة الدراسة الحالية ما بين (٨-١٢) عاماً ونسب الذكاء ما بين ٥٠-٧٠ على مقياس ستانفورد وبينيه .

وقد تم تقسيم هذه العينة إلى مجموعتين روعي فيها التماثل من حيث العمر الزمني ودرجة الذكاء والمستوى الاجتماعي والاقتصادي .

**وبالنسبة للأدوات المستخدمة فهي كالتالي :**

**مقياس تقييم الطفل المتوحد: من إعداد المؤلفة أ.د/سهير محمود أمين عبد الله :**

- قامت المؤلفة بالاطلاع على التراث السيكولوجي المتعلق بموضوع التوحد لدى الأطفال من حيث المظاهر السلوكية لهذه الفئة من الأطفال والدراسات السابقة المتاحة في هذا المجال ومن هذه الدراسات : دراسة عمر بن الخطاب (١٩٩٤).
- وقائمة السلوك التوحدي Autistic Behavior Checklist (A.B.C) إعداد كيرك وآخرين Kurget et al., (1993) .

وتتضمن قائمة السلوك التوحدي (٥٧) وصفاً سلوكيًا غير متوافق مع مواقف الحياة الطبيعية ومن ثم تسمح بإعطاء صورة عامة عن الطفل ومقارنته بغيره من الأطفال الذين يعانون من فئات تشخيصية أخرى مثل الإعاقة العقلية الشديدة الاضطراب الوحداني بالإضافة إلى إمكانية مقارنته بالأطفال العاديين.

كما تم الاضطلاع على دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة DSM-IV Diagnosis Statistical Manual of Mental Disorder (1994).

تم التوصل إلى عدد من الأعراض السلوكية للأطفال التوحديين، ومن ثم تم تصميم المقياس بحيث صنفت العبارات على أساس خمسة أبعاد؛ وذلك وفقاً للتكرار والتطابق بين الدراسات والمقاييس السابقة وهي:

١- اضطرابات انفعالية.
٢- اضطرابات اجتماعية.
٣- أنماط سلوكية.
٤- قصور في الرعاية.
٥- اضطرابات اللغة.

## برنامج تدريبي للأطفال المصابين

## بأعراض التوحد (إعداد المؤلفة أ.د/سهير محمود أمين)

لقد كان التوحد بمثابة اضطراب نمائي وذلك حسب ما ورد في الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية DSM.IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) ويمثل اضطراب التوحد متلازماً أو جملة أعراض لها بعض المظاهر الإكلينيكية منها اضطراب الانتباه والإدراك وضعف في العلاقات الاجتماعية والمهارات اللفظية والسلوك الحركي، لهذا رأت المؤلفة أنه لكي يوضع برنامج تدريبي يعمل على تخفيف حدة الاضطرابات السلوكية التي يعاني منها الطفل المتوحد. من الأفضل أن يجمع ما بين أساليب علاجية مثل العلاج السلوكي والعلاج باللعب ، العلاج البيئي والعلاج بالفن والرياضة ، وذلك لكي يكون البرنامج شاملاً وذا تأثير في تعديل السلوكيات غير المناسبة .

ولقد تم الاطلاع على العديد من الدراسات والبرامج التربوية العلاجية التي تحوي العديد من الأنشطة التي تعمل على تعديل وتنمية سلوك هؤلاء الأطفال مثل:

- Structured Method in Language Education – SMILE ( Wolf – Schein, 1999) .
- Treatment & Education of Autistic & Related Communication H & icapped Children ( TEACCH) in (Lord & Schopler . 1989).
- Collaborative Program for Children With Autism (Came from the Net, http.// www.autism. 99. org /.).

تم تصميم البرنامج ليطبق في مواقف الحياة بحيث يشمل كل موقف مجموعة من الأنشطة والمفاهيم الأساسية والأهداف السلوكية (معرفة وجدانية ونفسية وحركية ) .

**ولقد راعت المؤلفة بعض الاعتبارات أثناء وضعها للبرنامج مثل:**

- تحديد القدرات والمهارات التي يتسم لها الطفل التوحدي لإعطائه خبرات تناسبه وإلى أي مدى يختلف كل طفل عن الآخر .
- التنوع في أنشطة البرنامج حتى لا يتسرب الملل إلى الطفل .
- الإكثار من المعززات الإيجابية المستخدمة مع تحديد مستويات بسيطة من السلوك لتقديم التدعيم مع الحرص على التنويع في المكافآت المستخدمة .
- اتباع الخطوات المتسلسلة في تعليم الطفل المهارة مع الحرص على تشجيع كل خطوة .
- هذا بالإضافة إلى أن هناك بعض الخطوط الأساسية لتعديل سلوك الطفل وهي كالتالي:

## ١- المبادئ الأساسية لتعديل سلوك الطفل التوحدي:

- تحديد وتحليل السلوك ( المشكل ) المراد تعديله في صورة مظاهر سلوكية يمكن ملاحظتها .
- تحديد نسبة شيوع هذا السلوك ونسبة تكراره في اليوم .
- تحديد السوابق واللواحق لهذا السلوك بمعنى : ماذا يحدث قبل وأثناء وبعد هذا السلوك وما هو رد فعل الآخرين لظهور هذا السلوك .
- تسجيل مهارات السلوك وذلك لمعرفة مقدار السلوك في الاتجاه السلبي أو الإيجابي .

- تعميم السلوك أي تعميم خبرات الطفل الإيجابية في المواقف الأخرى الحياتية مع إعطاء التشجيع المناسب للإبقاء على هذا السلوك ( محمد محروس الشناوي ، ١٩٩٧) .
- أن تكون المعاملة مع الطفل التوحدي إيجابية بنسبة كبيرة.
- أن يكون السلوك المراد تعديله محددا وأن تبدأ بسلوكيين فقط على أن يكون ذلك في حدود إمكانيات الطفل.

## ٢- القواعد الأساسية التي يقوم عليها تعديل السلوك لدى الطفل التوحدي في البرنامج:

### أ- التدعيم الايجابي:

حيث يعتبر من أكثر الأساليب استخداماً في هذا البرنامج، ولابد أن يقدم التدعيم بعد السلوك مباشرة ليربط الطفل المتوحد بين السلوك والمعزز الذي قدم له، وينقسم التدعيم هنا إلى نوعين وهما:

- تدعيمات مادية: بالنسبة للطفل التوحدي تعتبر الحلوى من أكثر المكافآت المحببة إليه مثل ( مأكولات ، شيكولاتة ، مشروبات ) .
- تدعيمات اجتماعية.
- إظهار الانتباه والاهتمام من خلال الإيماءات .
- إظهار مشاعر الود والحب للطفل .
- استخدام بعض الألفاظ التي تدل على الاستحسان .

ولكن يجب أن يراعى تقديم المكافأة لتحضير الطفل نحو عمل سليم وأن تكون متناسبة ورغبات الطفل .

ب- التدعيم السلبي ( العقاب):

ويقصد به إيقاع الجزاء على الطفل لأن سلوكه مرفوض، ولكي يكون العقاب مفيداً في تعديل السلوك يجب أن يستتبع السلوك الخاطئ مباشرة وأن يتناسب مع مستوى الخطأ الذي ارتكبه الطفل وألا يجرح كبرياءه .

## ٣- القضاء على السلوك السلبي:

لا بد من اختزال السلوك السلبي (مثل الصراخ والانبطاح أرضاً) وفي هذا المجال أكدت الدراسات على الطرق التالية :

١- يمكن إخماد السلوك السلبي باستخدام التجاهل الاجتماعي مع الطفل التوحدي عن طريق سحب الانتباه الاجتماعي وسحب التحفيز (مثل أخذ الورقة التي يكتب فيها أو القلم أو الألوان ولكن إذا بدأ هادئاً بعد ذلك يمكن تشجيعه بإعطائه هذه الأشياء ثانية).

٢- استخدام بعض المنفرات مثل تقييد الطفل التوحدي والإمساك به في المقعد من خلال الارتكاز باليد على كتف هذا طفل لفترة معينة ، أو وضع الطفل في كرسي معين ومنعه من الحركة لفترة معينة لاختزال السلوك السيئ .

## ٤- الإجراءات المتبعة تجاه رفض الطفل التعاون في البرنامج:

- أن نجعل الطفل يتفهم عدم الرضا عما يفعله عن طريق إبداء انطباعات تدل على ذلك إلى أن يرجع عن هذا السلوك .
- عدم إعطاء الطفل تنازلات (شفقة) عند رفضه التعاون .
- يجب الابتعاد عن سياسة الرشوة .

**هدف البرنامج:**

يهدف البرنامج الحالي إلى تخفيف حدة الأعراض السلوكية التي يعاني منها الطفل المتوحد متمثلاً في تنمية المهارات الاجتماعية واللغوية ومهارات الرعاية

الذاتية وإيقاف السلوكيات غير المقبولة اجتماعيًّا بالإضافة إلى تنمية بعض المفاهيم المعرفية المرتبطة بالحياة اليومية للطفل.

**جلسات البرنامج :**

قسمت المؤلفة المدة الزمنية للبرنامج (وهي عبارة عن ١٦ أسبوعا بواقع خمس جلسات في كل أسبوع) إلى مجموعات مستقلة ثم خصصت لكل مجموعة أهدافاً إجرائية معينة تخدم الهدف العام للبرنامج وهي كالتالي:

## جلسات الأسبوع الأول (الاستقبال):

الجلسات التي تمت في الأسبوع الأول لها أهميتها الكبيرة حيث إن الإدراكات والانطباعات التي تتكون لدى الطفل في البداية يكون لها تأثير كبير في دورة الأحداث العلاجية .

ولهذا خصصت المؤلفة هذا الأسبوع للتعارف وإشباع روح المودة بينها وبين هؤلاء الأطفال وتهيئتهم بما يضمن استمرارهم ، كما حاولت أن تبذل قصارى جهدها لكي تشعر الأطفال بالدفء والتقبل في محاولة لجذب ثقة الطفل .

## جلسات الأسبوع الثاني والثالث والرابع ( ١٥ جلسة):

تدريب الطفل على كيفية استقبال بقية أعضاء المجموعة لكي تسهم في إحداث التواصل والتفاعل بين الأطفال عن طريق تحقيق الأهداف التالية:

**الأهداف الإجرائية:**

- **أن يصافح الطفل المعلمة عند القدوم وانتهاء اليوم الدراسي.**
- **أن يصافح الطفل زملاءه عند القدوم وانتهاء اليوم الدراسي.**
- **أن يشترك الطفل في الغناء مع زملائه.**
- **أن يجلس الطفل الجلسة المناسبة على الكرسي.**

- وبهذا يتم تدريب الطفل على استخدام كلمات مثل : (نعم ، لا ، أهلاً ، مع السلامة ، آسف ، شكراً) من خلال مواقف مصطنعة باستخدام فنية النمذجة ولعب الدور والتعزيز الإيجابي والسلبي .
- تدريب الأطفال على التواصل البصري من خلال مشاهدة المعلمة كنموذج ثم محاكاة هذا النموذج ولعب الأدوار وتبادلها أثناء إعادة الحوار وذلك على اعتبار أن تدريب الطفل التوحدي على التقاء العيون من الأمور الضرورية لتحقيق التوافق الاجتماعي .

**لقد تمت مراعاة النقاط التالية لضمان نجاح تلك الجلسات:**

- روعي في الأناشيد المقدمة سهولة الكلمات ومناسبتها لإمكانيات الطفل في الكلام والنطق .
- ارتباط النشيد بالمواقف الحياتية للطفل والخبرات التي يتعرض لها مثل أجزاء الجسم ، أسماء الأشخاص المألوفين له ، الوجبات الثلاث ..، أسماء الحيوانات والطيور ... إلخ .
- مساعدة الطفل على القيام بحركات تعبيرية تتماشى مع كلمات النشيد.
- العمل على تكرار بعض كلمات الأغنية بإيقاع منظم يتماشى ذلك مع خاصية التكرار التي يتسم بها كلام الطفل المتوحد فيمارسها بشكل مقبول مع الآخرين.
- أن يجامل الطفل الآخرين بالتصفيق لهم عند نجاحهم في أداء المهمة

## الأسبوع الخامس والسادس (١٠ جلسات):

في هذه الجلسات تم تدريب الأطفال من خلال مشاهدة المؤلفة كنموذج في عمل حوارات بسيطة وسهلة .

**الأهداف الإجرائية:**

١- تدريب الطفل على توجيه أسئلة لزميله عن إسمه وعنوانه وإسم والده وأسم والدته وإخوته ثم يقوم زميلة بدور توجيه الأسئلة والآخر بعد تبادل الأدوار.

٢- تدريب الطفل على ذكر أجزاء جسمه المختلفة عند الإشارة إليها (الفم ، الأنف ، العينان ، الأذنين،الوجه، اليدين ، الرجلين ).

٣- أن يسمي الملابس التي يلبسها : ( بنطلون ، الشورت ، القميص ، الفستان ، الحذاء ).

٤- أن يشير إلى الأشياء المألوفة السابق ذكرها في (٢) ، (٣) عندما تعرض عليه في الصور .

٥- أن يجامل الطفل الآخرين بالتصفيق لهم عند نجاحهم في أداء المهمة.

**ولقد راعت المؤلفة في هذه الجلسات بعض النقاط :**

- وضع نموذج يقلده الطفل في كل المناشط المقدمة في هذه الجلسات
- وضع المهمة في صورة خطوات بسيطة .
- توفير الوقت الكافي لتنفيذ المهمة .
- مراعاة الفروق الفردية بين هؤلاء الأطفال .

وبذلك استخدمت المؤلفة فنية النمذجة وتحليل السلوك ولعب الدور والتدريب المتكرر لتثبيت المهارات عند الطفل التوحدي مع استخدام أساليب التعزيز المناسبة مثل :

أ- التعزيز الاجتماعي ( المديح ، الثناء على الطفل ، الموافقة على الخروج من الحديقة ) .

ب- التعزيز المادي ( تقديم قطعة من الحلوى أو ما شابه ذلك )

## الأسبوع التاسع حتى الأسبوع الحادي عشر (١٥ جلسة):

تم تخصيص تلك الجلسات لتدريب الأطفال على بعض الألعاب الجماعية المنظمة.

**الأهداف الإجرائية:**

١- تدريب العضلات الكبيرة مثل الركض ، القفز ، الدوران ، الزحف ، بعض الحركات الإيقاعية .

٢- تدريب الأطفال على بعض الألعاب الجماعية مع مراعاة البساطة مثل التدريب على ألعاب الكراسي الموسيقية – الاستغماية – كرة القدم ، مع مراعاة البساطة في إعطاء القواعد حتى يتناسب ذلك مع مستوى تفكير الطفل .

٣- أن يشترك الطفل في الغناء مع أداء بعض الحركات الإيقاعية مع زملائه.

٤- أن يبدأ الطفل النشاط الحركي بجانب الأطفال الآخرين .

٥- أن يتوقف عن النشاط الحركي عند سماع كلمة لا .

٦- أن يجامل الأطفال الآخرين .

٧- أن يقلد الطفل الحركات التي تقوم بها المعلمة عندما يطلب منه ذلك

٨- أن يتوقف الطفل عن السلوك المتكرر (هز الجسم – الدوران دون هدف)

**ولقد راعت المؤلفة بعض النقاط لضمان الحصول على تحقيق الأهداف مثل:**

- وضع نموذج يقلده في كل التدريبات الحركية أو الألعاب الجماعية.
- وضع مهمة في صورة خطوات بسيطة .

- توفير الوقت الكافي لتنفيذ المهمة مع مراعاة الفروق الفردية بين الأطفال بعضهم البعض .
- التركيز على استخدام أسلوبي التعزيز الاجتماعي والمادي للأطفال.
- استخدام فنيات النمذجة والتكرار والتغذية الرجعية والتدعيم الإيجابي والسلبي.

**أهمية استخدام برنامج الأنشطة الرياضية :**

- مساعدة الطفل على تنمية المدركات العقلية من خلال التعرف على بعض المفاهيم المرتبطة بإدراك العلاقات المكانية مثل: (فوق – تحت – يمين – شمال– أمام – خلف ).
- ساعدت الأنشطة الحركية الأطفال على نمو الانتباه والتركيز لديهم.
- المساعدة على تفريغ الطاقة الكامنة لدى هؤلاء الأطفال .
- إكساب الطفل المتوحد بعض المهارات الاجتماعية واللفظية .
- تساعد الطفل على الاندماج والتفاعل مع الأطفال الآخرين أثناء أداء الألعاب الجماعية مثل الكراسي الموسيقية ولعب الكرة ، الاستغمايه.
- تنمية عضلات الجسم الكبرى والصغرى.

ويرى كمال مرسي (١٩٩٦:٣١٢) أن الأنشطة الحركية من البرامج الأساسية التي تقدم لذوي الاحتياجات الخاصة (خاصة المعاقين عقلياً) لأنها تساعد على تحقيق الأهداف التالية :

- تقويم الجسم والمحافظة على اعتدال القامة ووقايته من الانحرافات.
- تعمل على تنمية الحواس والتوافق العضلي والعصبي في استخدام الحواس والأطراف مثل التآزر بين العينين واليدين أو اليدين والرجلين.

- تنمية الشخصية عن طريق خبرات النجاح حيث إن الأنشطة الرياضية من الممكن تبسيطها وتدريجها لتناسب مستوى المعاق فينجح في أدائها ومن ثم يشعر بالتقبل والجدارة .
- تدريب الأطفال على السلوكيات المقبولة اجتماعيا من خلال التفاعل الاجتماعي وتحمل المسئولية.

## الأسبوع الثاني عشر حتى الرابع عشر (١٥ جلسة):

تم إرجاء جلسات العلاج باللعب لما لها من أهمية في تعديل سلوك الطفل التوحدي حيث أعطى كثير من العلماء اهتماما كبيرا لهذا النوع من العلاج بالنسبة للأطفال عامة سواء كانوا عاديين أم معاقين وذلك لأن اللعب هو الوسيلة التي يعبر بها الطفل عن ذاته وهو اللغة التي يتحدث بها عن نفسه وطريقته في التفاعل مع الآخرين في العالم المحيط .

ولهذا تم استخدام برنامج العلاج باللعب لمساعدة الطفل التوحدي على تنمية المهارات الاتصالية والاجتماعية من خلال توزيع الأطفال على الأركان المختلفة التي تحوي الألعاب التي تحددها المؤلفة على أن تكون أدوات اللعب مألوفة لدى الطفل وتستثير نشاطا واقعيا وتضمن التفاعل الاجتماعي ما بين الأطفال وبعضهم البعض.

**الأهداف الإجرائية:**

- تدريب الطفل على السلوكيات المقبولة اجتماعيا من خلال التفاعل وتحمل المسئولية .
- تنمية المهارات اللغوية من خلال حفظ بعض كلمات الأغاني وإجراء الحوارات الكلامية التي تتطلبها اللعبة .
- التعبير عن النفس فاللعب هو وسيلة الطفل للتعبير عما يكون بداخله من انفعالات وصراعات .

- ممارسة الأطفال للسلوك الاجتماعي السليم مثل : ( التعاون – طاعة الأوامر – النظام – الأخذ والعطاء ) .

١- تشجيع الطفل التوحدي على الاتصال بالعين مع الآخرين خاصة في أنشطة اللعب الجماعية:

- أن يجامل الطفل الآخرين بالتصفيق لهم عند نجاحهم .
- إيقاف السلوكيات غير المقبولة اجتماعيا .
- أن يبتسم الطفل للآخرين خاصة عندما يطلب منهم إعارته شيئاً .
- أن ينظر الطفل إلى الشخص المتحدث .

**ولقد روعيت بعض الاعتبارات عند اختيار أدوات اللعب مثل :**

- أن يتناسب نوع اللعبة مع أهداف البرنامج .
- أن تكون مناسبة لقدرات وميول الطفل التوحدي .
- أن تتيح الفرصة للتفاعل الاجتماعي والمشاركة مع الآخرين .
- أن تستثير اللعبة القدرة اللفظية والقدرة على المحاكاة والتقليد .

### أدوات اللعب التي استخدمت في هذه الجلسات هي:

- منزل الدمى ( أب ، أم ، إخوة ، وزجاجة للرضاعة ) يساعد على فهم مشكلات الطفل .
- نماذج من البنادق والأسلحة تساعد الطفل في التعبير عن مشاعره العدوانية .
- أدوات الرسم والتلوين حيث تعتبر من الأدوات التي تساعد على: إثارة مجموعة من المشاعر لدى الطفل فالرسم وسكب الألوان وما يتبع ذلك من تنظيف تساعد على الدخول في حوار مع الآخرين يؤدي إلى ظهور بعض الانفعالات التي تبدأ بالشكوى والاحتجاج وتنتهي بالاعتذار، كما أنها

تساعد على تنمية بعض المهارات الاجتماعية التي يفتقدها الطفل التوحدي من خلال التعاون مع الآخرين لإخراج عمل فني . فمن خلال قيام الأطفال ببعض الأنشطة الفنية والرسم الحر ومساعدة بعضهم البعض باستعارة أدوات الرسم ( تدريب على الأخذ والعطاء) وما يتبع ذلك من تعزيزات إيجابية من قبل المعلمة .

## الأسبوع الرابع عشر حتى السادس عشر:

**الأهداف الإجرائية:**

- تعليم الطفل المتوحد مهارات الاستقلال والاعتماد على النفس .
- تدريب الطفل على كيفية استخدام الحمام .
- الاعتماد على النفس في المأكل والمشرب .
- أن يمارس عمليات خلع وارتداء ملابسه بنفسه .
- أن يقلد الحركات التي تقوم بها المعلمة عندما يطلب منه ذلك .
- أن يعيد الأدوات المستخدمة إلى أماكنها الخاصة بها .
- أن يعيد تنظيم وتنظيف ( الفصل الدراسي ، موائد الطعام )

في هذه الجلسات تم تعليم وتدريب الأطفال على الأعمال الروتينية اليومية من خلال جدول الأنشطة . ولكن مع مراعاة أن هؤلاء الأطفال يميلون إلى العزلة، وهذا يجعلهم أكثر عرضة للقلق وسرعة الغضب . ولهذا كان أحد المقومات الأساسية لهذا البرنامج هو خلق جو من الاستقرار العاطفي لدى هؤلاء الأطفال وتدريبهم على رعاية شئونهم الخاصة ودعم الثقة بالنفس . باستخدام فنيات النمذجة ولعب الدور والتعزيز الإيجابي والسلبي .

كما استخدم أسلوب تحليل المهام وذلك من خلال تجزئة المهارة إلى عدة أجزاء ثم ترتيبها حتى نصل إلى المهارة الرئيسية والتسلسل في تقديم المهارة من الأسهل إلى

الأصعب حتى يتمكن الطفل من النجاح مع التركيز على أهمية التعزيز الإيجابي والتشجيع عند ظهور الأداء الحسن للطفل .

**جدول الأنشطة التي تم التدريب عليها هي كالتالي :**

- تغيير الملابس .
- الاعتماد على النفس في المأكل والمشرب .
- النظافة الشخصية واستخدام الحمام .
- التدريب على التفاعل الاجتماعي من خلال العمل الجماعي لتنظيف الفصل وترتيبه – تنظيم موائد الطعام .
- التعاون في إحضار وجبة كاملة وشرائها من البوفيه .

**الاستراتجيات التربوية المقترح اتباعها في التطبيق العملي للبرنامج:**

ولقد قدمت المؤلفة تقريباً مجموعة جلسات وكأن لها أهدافاً مستقلة عن المجموعة الأخرى ، وذلك لاعتبار شخصية الطفل المتوحد شديدة التعقيد، وبالتالي الوصول إلى تعديل مناسب لسلوكياته ليس بالأمر السهل، ومن ثم تم استخدام استراتيجيات متعددة للوصول إلى الهدف المنشود .

## أولاً : العلاج باللعب:

فالعلاج باللعب فنية من فنيات العلاج النفسي يقوم على أساس استخدام اللعب بشكل مقنن حيث يقدم للطفل مجموعة من الألعاب ويشجع على أن يعبر عن مشاعره بما في ذلك مشاعر الحزن والألم والكراهية وذلك على أساس نظرية مؤداها أن الطفل سوف يقبل خوفه من انفعالاته بهذه الطريقة وأنه لن يكتبها بعد ذلك . ( جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي ١٩٨٨ : ٤٨ ).

ولهذا يستخدمه المعالج النفسي كوسيلة تشخيصية وعلاجية تساعده على تفهم حالات الأطفال النفسية . حيث يستغل اللعب في إخراج الانفعالات والصراعات الداخلية التي تعمل على توتر الأطفال ومع ذلك استغل العلاج

باللعب في تنمية المهارات الكلامية والاجتماعية لدى الأطفال سواء كانوا عاديين أو غير عاديين . كقاعدة أساسية في أي برنامج يقدم للطفل التوحدي ليساعده على تنمية المهارات الاتصالية والاجتماعية. (Lessica, K., 2000 : 6).

لقد أكدت Suzanne & Marie, (1996) على دور اللعب في تعليم الطفل المتوحد المهارات بالألعاب المختلفة على أن يقدم في مستويات مختلفة بما يتناسب مع حالة الأطفال ففي المستوى الأول ما يعرف باللعب العشوائي الذي يركز على لمس الأشياء أو تذوقها .

والمستوى الثاني يعرف باللعب الاستكشافي ليساعد الطفل على اكتشاف اللعبة ومعرفة خصائصها . أما المستوى الثالث فهو اللعب الرمزي الذي يساعد الطفل على تقديم نموذج لاحظه في البيئة الخارجية فهو يعتبر نشاط هام يساعد الطفل على دراسة خواص ووظائف الأشياء .

كما أجرى Throp (1995) دراسات تهدف إلى التعرف على مدى فاعلية وتأثير اللعب الجماعي على مجموعة من الأطفال التوحديين وأظهرت النتائج تحسن واضح ودال بعد ثلاثة أشهر من العلاج على المهارات اللغوية واللعب التخيلي لدى هؤلاء الأطفال .

كما استخدم Stahmer & Schreid, (1992) العلاج باللعب مع الأطفال التوحديين ولكن بدون تدخل مباشر من المعالج لعلاج السلوكيات غير السوية مما أدى إلى تحسن واضح في المهارات الاجتماعية لهؤلاء الأطفال .

## ثانياً : العلاج السلوكي:

يرى معظم الخبراء في مجال علاج الطفل التوحدي أن برامج تعديل السلوك والتي تعتمد على نظريات العلاج السلوكي تعد من أفضل الطرق العلاجية لأن الطفل الذي يعاني من مشاكل معرفية ولغوية لن يستطيع مناقشة هذه المشاكل مع المعالج النفسي مما يؤدي إلى صعوبة ظهور تحسن ملموس في أداء هذا الطفل .

كما أوضحت الكثير من الدراسات الحديثة أن هذه البرامج لها تأثير واضح على المهارات الاجتماعية واللفظية للأطفال التوحديين وأنهم بعد أن يتلقوا هذه النوعية من البرامج يستطيعون التواصل والتفاعل مع الآخرين والانخراط مع أفراد المجتمع .

فلقد اعتبر سكنر واضع نظرية الإشراط الإجرائي Operant conditioning إلى أن الإنسان يتعلم كثيراً من معارفه وعادته ومهاراته عن طريق ما يسمى بالتعلم الإجرائي حيث يرى أن تقوية جوانب معينة من السلوك تتوقف على ما يتبع هذا السلوك من نتائج إما إيجابية أو سلبية. لذا كان من أهم المبادئ الرئيسية لهذه النظرية والتي ارتبطت بالعلاج السلوكي للأطفال التدعيم الإيجابي Positive Reinforcement والتدعيم السلبي Negative Reinforcement ( عبد الستار إبراهيم ١٩٩٣ : ٥٤).

ولقد اعتمدت المؤلفة على التدعيم الإيجابي باعتباره من أكثر أساليب استخداماً في تعديل السلوك على أن يقدم التدعيم مباشرة بعد السلوك المرغوب فيه من الطفل التوحدي ليربط الطفل بين السلوك والمعزز .

وبالنسبة لأنواع المدعمات الإيجابية التي استخدمت في هذه الدراسات وهي :

١ – مكافأة مادية ( حلوى ، هدايا ، مشروبات ) .

٢ – مكافأة معنوية ( اجتماعية) :

أ– إظهار الانتباه والاهتمام من خلال الإيماءات والابتسامة .

ب– الاستحسان عن طريق استخدام الألفاظ الدالة على الاستحسان أو التصفيق.

ج– إظهار الحب والود ( عناق الطفل أو الربت عليه ) .

وفي هذا الصدد يعتقد Lovaas, (1987) أن الأطفال التوحديين لديهم إدراك وفهم ( بخصوص السبب والأثر ) لما يحتاجونه ليحصلوا على أي شيء يريدونه على أي شيء يريدونه وذلك عن طريق الكلمات أو الأصوات أو الإشارة .

**ولقد راعت المؤلفة بعض النقاط في المكافآت التي تقدم للطفل التوحدي :**

- أن تكون المكافأة متناسبة مع مستوى رغبات الطفل .
- أن تكون المكافأة متناسبة مع مستوى التحسن المطلوب (لا زيادة ولا أقل) مع مراعاة إمكانيات كل طفل على حدة .
- استخدام المكافآت المادية بكثرة في المرحلة الأولى من العلاج وتأخير المكافآت الاجتماعية بعض الشيء إلى المراحل المتقدمة من البرنامج .
- اقتران المكافآت المادية مع الاجتماعية قبل الانتقال إلى مرحلة استخدام المكافآت الاجتماعية فقط كمدعمات إيجابية للسلوك السوي.
- تنوع المكافآت حتى لا يصبح الطفل مشبعاً من نوع معين من المكافآت ( Whelan & Walker, 1999 ).

**التدعيم السلبي:**

تم استخدام هذا الأسلوب عندما يأتي الطفل بسلوك مرفوض أو بفشل في أداء سلوك مرضي ، ومن أمثلته ( زجر الطفل ، الحرمان من المكافآت المالية ، التجاهل ، تقييد الطفل ) مع مراعاة النقاط التالية:

- ألا يستعمل إلا عند الضرورة القصوى .
- لا يجرح كبرياء الطفل .
- أن يتبع للسلوك الخاطئ مباشرة .
- أن يتناسب مستوى العقاب مع مستوى السلوك السيئ .

### ثالثاً : النمذجة : Modeling:

نظراً لظروف الطفل المصاب بأعراض التوحد والتي تتسم بالانعزال وعدم الرغبة في التواصل مع الآخرين فقد تم الاستعانة بنظريات السلوك الاجتماعي في إطار استراتيجية اكتساب السلوك الاجتماعي للطفل خاصة فيما يتعلق بالمهارات الاجتماعية وكيفية اكتساب مهارات الحياة اليومية . حيث تم تدريب الطفل على المهارة من خلال مشاهدة المؤلفة (أو المعلمة) كنموذج ثم محاكاة هذا النموذج من قبل الطفل مع إعطاء التدعيمات اللازمة .

### رابعاً : أسلوب تحليل المهام:

استخدم هذا الأسلوب مع الطفل التوحدي لإكسابه بعض المهارات الاجتماعية والحياتية وذلك بهدف تسهيل عملية التدريب والحصول على خبرات ناجحة كما أنها تساعد على ملاحظة وقياس الجزء الذي لا يتقنه الطفل في المهارة . وذلك عن طريق تجزئة المهارة المراد تعلمها إلى أجزاء ومكونات رئيسية ثم ترتيب هذه الأجزاء في تسلسل هرمي من الأسهل للأصعب حتى يتمكن الطفل من النجاح حتى تصل إلى المهارة الأساسية . على أن يعطي التعزيز المناسب لكل خطوة ينجح الطفل في تأديتها .

### أدوار المشاركين في تنفيذ البرنامج العلاجي:

لقد تعاون مع المؤلفة كل من معلمة الفصل والمساعدة وأولياء الأمور ولذلك تم إجراء دورة تدريبية للقائمين على رعاية الطفل التوحدي (المعلمة ، المعلمة المساعدة ، الوالدين) للتوعية بدور البرنامج وأهمية اشتراكهم فيه ، **وكانت المواضيع التي تم التدريب عليها ومناقشتها كالتالي :**

- الاتفاق على حل المشكلات التي قد تعترض عملية التدريب .
- الاتصال شبه اليومي مع المؤلفة .

- الاطلاع على الموضوعات التي يتم تدريب الطفل عليها حتى تتم المتابعة في المنزل لما تم التدريب عليه .
- توجيه النظر بألا يقدم للطفل تعليمات مضادة لما يؤخذ بالمدرسة .
- الإشراف المستمر على الطفل وتطبيق الخطوات التي تعلمها الطفل (أثناء البرنامج التدريبي ) في المواقف الطبيعية داخل المدرسة وفي المنزل .
- كما ينظر للوالدين في هذا البرنامج على أنهم شركاء في البرنامج التدريبي حيث أنهم يشاركون في التقييم بناء على ملاحظتهم المستمرة في المنزل . هذا بالإضافة إلى أن لهم دورا حيويا في إعداد البيئة المنزلية وتعميم المهارات التي تم تعلمها في المدرسة إلى المواقف الطبيعية .

## برنامج إرشادي لوالدي الطفل المتوحد

إعداد المؤلفة أ. د / سهير محمود أمين

### مقدمة:

من السمات البارزة في التربية الخاصة الحديثة التحول من النموذج الطبي Medical Model في الرعاية الذي يركز على الطفل وحاجاته إلى النموذج البيئي Ecological Model هذا الذي يركز على الطفل وبيئته لأن الطفل يتفاعل مع البيئة ويتأثر بها، ومن هنا كان الاهتمام بالإرشاد النفسي لوالدي الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة وهذا يجعل إرشاد الوالدين جزءا لا يتجزأ من برامج التربية الخاصة هذا بالإضافة إلى أن الوالدين من أهم عناصر البيئة التي يعيش فيها الطفل المعاق حيث لا يمكن رعايته بدون قيام والديه بمسئولياتها في رعايته وحمايته وتعليمه وإكسابه الخبرات والمعلومات وتشجيعه على تنمية مهاراته وإرشاده وتوجيه سلوكياته ( كمال مرسي، ١٩٩٦ ).

وتؤكد Salisbury & Smith (١٩٩٣) أن اشتراك الأم في البرامج التي تقدم لهذه الفئة من الأطفال هي بمثابة الأساس الذي تنطلق من الخدمات الأخرى لهذا اقترحت المؤلفة بتقديم البرنامج الإرشادي لوالدي الطفل المتوحد في البداية وقبل تطبيق البرنامج التدريبي للطفل، وذلك ليكون هذا البرنامج بمثابة مرشد يوضح لهم أسلوب الأمثل للتعامل مع الطفل كما يعد بمثابة عامل يساعد على نجاح البرنامج التدريبي للطفل المتوحد .

### هدف البرنامج:

يهدف هذا البرنامج "الذي يتكون من ( ١٦ ) جلسة بواقع جلستين أسبوعيًا " إلى مساعدة الوالدين على الاستبصار بطبيعة الضغوط المرتبطة بإعاقة الطفل المتوحد وانعكاساته السلبية على أداء الأسرة لوظائفها الاجتماعية وعلى تهيئة مناخ أسري أكثر تفهما لاحتياجات الطفل .

كما يهدف أيضاً إلى إكساب والدي الطفل المتوحد المهارات اللازمة للتعامل مع الطفل مما يساعد على إقامة علاقة اجتماعية ناجحة معه ويحد من سلوكه الإنسحابي وتحقيق التفاعلات الاجتماعية المطلوبة.

**الأساليب الإرشادية المستخدمة:**

يرى البعض أنه لا توجد طريقة جامعة للإرشاد النفسي لأسر ذوي الاحتياجات الخاصة نظراً لاختلاف احتياجاته الإرشادية وأوضاعهم الثقافية والاقتصادية والاجتماعية . (عبد المطلب القريطي ، ١٩٩٩) .

لذا اعتمدت المؤلفة في برنامجها الإرشادي للوالدين على الإرشاد النفسي الجماعي Group Technique والإرشاد النفسي غير الموجه Non-Directive Technique ، كما تمت صياغة هذا البرنامج في إطار النظرية المعرفية السلوكية التي تساعد الوالدين على اكتساب المعلومات اللازمة عن إعاقة التوحد وأبعادها وكيفية التعامل معها ، كما يتم تدريب الوالدين على اكتساب المعلومات اللازمة عن إعاقة التوحد وأبعادها وكيفية التعامل معها ، كما يتم تدريب الوالدين على الفنيات المستخدمة من خلال البرنامج وقد تمثلت تلك الفنيات في المحاضرة والمناقشة وأسلوب حل المشكلات والنمذجة (من جانب المؤلفة واستخدام شرائط الفيديو) والواجبات المنزلية والمراقبة الذاتية ولقد تم الإطلاع على بعض الدراسات والبرامج الإرشادية للوالدين مثل:

- الإرشاد النفسي لآباء وأسر الأطفال المتخلفين عقلياً إعداد / عبد المطلب القريطي ( ١٩٩٩ ).
- Intervention planning for the Family of the Autistic Child S & ra L. Harris ( 1984 ) .
- Remodeling the Autistic Child, Parents join clinicians to Transform the tragedy of Autism. By Bruce Bower ( 1989)

**يتألف البرنامج من أربع مراحل أساسية وهي:**

## الوحدة الأولى : ( ٣ جلسات ):

**الأهداف الإجرائية:**

١- مساعدة الوالدين على الوعي والاستبصار بمشاعرهم الحقيقية نحو الطفل، ومن ثم تعديل المشاعر السلبية منها .

٢- تهيئة مناخ مناسب يساعد الوالدين على التعبير عن مشاعرهم السلبية والتنفيس عنها.

٣- أن يتعرف الوالدين على دورهم تجاه الطفل المتوحد .

٤- أن يتعرف الوالدين على التخفف من مشاعر الصدمة بوجود الطفل المتوحد.

**ولقد تم العمل في هذه الوحدة من خلال تطبيق بعض المبادئ الرئيسية وهي:**

- التأييد والفهم والتقبل غير المشروط واحترام مشاعر الوالدين حتى وإن بدت غير منطقية .
- إظهار قدر من التعاطف ومشاركة الوالدين وجدانيًا مع التحلي بالصبر والمرونة مع ما يظهره الوالدين من شعور بالمرارة أو الغضب أو الرفض .
- الإصغاء الجيد من جانب المؤلفة لجميع تساؤلات الوالدين .

**استخدمت المؤلفة أسلوب الإرشاد الجماعي نظراً لما يتيحه من تبادل للخبرات بين الأسر وبعضها البعض، ولقد دارت المناقشات حول المواضيع التالية :**

- إعطاء فكرة مبسطة عن خط سير العمل في البرنامج التدريبي للطفل المتوحد.
- ماهية اضطراب التوحد ، الأسباب والعلاج .
- أهمية تضافر جهود كل أسرة الطفل المتوحد .

- ما هو دور الوالدين تجاه هذا الطفل؟.
- الإجابة على جميع تساؤلات الوالدين وما يبديانه من مخاوف حول مستقبل الطفل .

## الوحدة الثانية : ( ٣ جلسات ):

الموضوع : تزويد الوالدين بحصيلة مناسبة من الحقائق العلمية .

فلقد لاحظت المؤلفة افتقار الوالدين إلى المعرفة الصحيحة والكافية بطبيعة مشكلة التوحد وأسبابها ، وعدم فهمهم لاحتياجات الطفل وسبل إشباعها وفقدانهم لمهارات التعامل بكفاءة واقتدار مع مشكلاته لهذا دار موضوع هذه الوحدة حول :

- أسباب التوحد وأنواعه .
- طريقة تشخيص اضطراب التوحد .
- السمات الشخصية للطفل المتوحد .
- أهم حاجات الطفل وطرق إشباعها .
- خصائص كل طفل وإمكانياته ( جوانب قوته وقصوره ومدى اختلافه عن الطفل العادي ).
- تحديد أهم مشكلات الطفل المتوحد .

ولقد تضمنت الجلسات محاضرة عن الجزء النظري باستخدام فنية المحاضرة والمناقشة ثم عرض شرائط فيديو لبعض حالات التوحد يليها مناقشة بين المؤلفة والآباء كما استخدم أيضاً فنية المراقبة الذاتية Self – Monitoring من قبل الوالدين لتصوير ما يصدر عن الطفل من سلوكيات غير مقبولة ومناقشة ذلك في الجلسات التالية.

## الوحدة الثالثة ( ٧ جلسات ):

الموضوع : استراتيجيات التعامل مع مشكلات الطفل المتوحد .

الأهداف الإجرائية:

- مساعدة الوالدين على توفير بيئة أسرية مشبعة لاحتياجات ونمو الطفل.
- تدريب الوالدين على اكتساب مهارات التعامل مع مشكلات الطفل المتوحد اليومية في المنزل وخارجه .
- مساعدة الوالدين في التعرف على سبل إشباع احتياجات الطفل النفسية.

تتضمن هذه الوحدة تدريب الآباء على أسلوب حل المشكلات وهو المنظور السلوكي؛ يساعد الأسرة من أن تتعامل بكفاءة أكبر مع المشكلات الموقفية من خلال تنمية مهارة حل المشكلة بحيث يمكن أن تستخدمها الأسرة في المواقف الأخرى دون مساعدة من أحد .

وتتعلم الأسرة من خلال هذه الجلسات كيف تحدد وتصوغ المشكلة على النحو الذي يساعد على حلها؛ وذلك لأن فهم المشكلة الخاطئ ووضعها غير المنطقي هو ذاته جزء من المشكلة ولكن التحديد والصياغة المنطقية للمشكلة يساعد على مواجهة المشكلة الحالية وأي مشكلة أخرى تعترض الأسرة فيما بعد وفي هذا الإطار تم التدريب على حل المشكلة من خلال الخطوات التالية كما عرضها ديزورللا وجولد فريد Duzrilla & Gold Fried (1971) .

### ١- مرحلة التوجه العام:

مساعدة الأسرة على النظر إلى المشكلة الحالية وإلى المشكلات عموماً على أنها ملمح عادي من حياة الناس لأن المشكلات توجد في كل الأسر وإن كانت على درجات متباينة من التعقيد . كما يجب في هذه المرحلة دفع الأسرة إلى التفكير موضوعياً في أبعاد المشكلة وفي التقويم الحقيقي لإمكانياتهم بدلاً من الانشغال الانفعالي بوجود المشكلة والشعور بالتهديد بسببها .

٢- مرحلة تحديد المشكلة وصياغتها:

هي مساعدة الأسرة على صياغة المشكلة على النحو الذي يساعد على حلها بمعنى ترجمة الأحاسيس المجردة إلى جمل وصياغات لغوية .

٣- مرحلة توليد البدائل:

تعتمد هذه المرحلة على أسلوب القدح الذهني Brain Storming حيث يطلب من الأسرة توليد أكبر عدد ممكن من الحلول المقترحة بمعنى أن الكم المقدم على الكيف مع تأجيل تقويم الأفكار المقدمة .

٤- مرحلة اتخاذ القرار:

هي مرحلة تقويم البدائل بمعنى أي من البدائل التي طرحت في المرحلة السابقة جيدة بالطبع فهناك بدائل تحذف وتستبعد ثم تبقى على البدائل ذات القيمة من خلال المقارنة .

٥- مرحلة التحقق:

تشجيع الآباء على استعراض النتائج الفعلية للعمل وتقييمها بمعنى تقييم النتائج التي توصلوا إليها من خلال الخطوات السابقة (علاء الدين كفافي، ١٩٩٩- ٣٠٣:٣٠٣).

ومن خلال هذا الإطار السابق توضيحه تم تدريب الآباء على أسلوب حل المشكلات لإعادة البناء المعرفي لديهم وذلك بتطبيقه من خلال التطبيق على المشكلات الفعلية التي تواجه الوالدين والمتمثلة في الأنماط السلوكية التي يأتي بها الطفل المتوحد وكيفية التوصل إلى الحل المناسب من خلال الخطوات السابق ذكرها. ولقد تم التدريب على هذا الأسلوب من خلال مرحلتين هما :

المرحلة الأولى:

تم تخصيص ( ٣ جلسات ). لاستخدام أسلوب النمذجة من جانب المؤلفة أو من خلال عرض شرائط الفيديو التي توضح نماذج من سلوكيات الطفل المتوحد

وكيفية مواجهتها، كما توضح كيفية توجيه الطفل وتدريبه على أداء المهارات المطلوبة.

**المرحلة الثانية:**

تم تخصيص ( ٤ جلسات ) لتدريب الآباء على استخدام هذا الأسلوب من خلال تلخيص فكرة المشكلة في صورة معطيات ومطلوب ثم وضع تصور لحل المشكلة واقتراح عدد من الحلول البديلة ثم التوصل للحل النهائي لتطبيقه على المشكلات الفعلية التي يأتي بها الطفل المتوحد في صورة الأنماط السلوكية لهذا الطفل .

وفي هذه المرحلة كانت المؤلفة تكتفي بدور المراقب أو الملاحظ لمناقشات الآباء وتفاعلهم لتتعرف على قدرة كل فرد في التأثير على الآخرين والإيجابية والسلبية لكل منهم.

أيضاً كانت بمثابة المعلومات والمجيب عن استفسارات الآباء وتقديم تغذية مرتدة في بعض الأحيان كما تستحث بعض الأفراد غير المشاركين في النقاش بفاعلية وتشجعهم على استخدام المهارات الاتصالية .

**ومن المشكلات التي تمت مناقشتها على سبيل المثال لا الحصر مايلي:**

- تدمير الطفل لألعابه أو أدوات المنزل .
- إيذاء الآخرين بالعض أو الضرب أو إيذاء النفس .
- التوتر والتعصب لأتفه الأسباب ( أو تغيير نظام الغرفة ).
- عدم قدرة الطفل على تكوين صداقات مع الأطفال الآخرين .
- كيفية تعديل الأنماط السلوكية غير المرغوب فيها [الاندفاع في الحركة أثناء المشي ، وضع الإصبع في الأذن ، لعق الأشياء ، التأرجح لفترات زمنية طويلة].

- التأخر والقصور في القدرة اللغوية .
- عدم استطاعة الطفل تأدية ما يطلب منه .
- المعاناة من عدم القدرة على ضبط عملية الإخراج .

**الوحدة الأخيرة : (٣ جلسات ):**

**موضوع الوحدة : أهمية دور الأسرة في تدريب الطفل المتوحد.**

**الأهداف الإجرائية:**

- إمداد الوالدين بالمعلومات الخاصة ببرامج التعليم والتدريب المناسبة لحالة الطفل.
- إحاطة الوالدين بمصادر الخدمات الموجود في المجتمع المشبعة لاحتياجات الطفل المتوحد كالمراكز والعيادات والجمعيات والمؤسسات التعليمية .
- تشجيع الوالدين على دمج الطفل في أنشطة الأسرة والمناسبات الاجتماعية .
- تدريب الوالدين على كيفية تعليم الطفل المتوحد المهارات الأساسية كالرعاية الذاتية والاعتماد على الذات في قضاء حاجاته اليومية .
- استخدمت المؤلفة أسلوب الإرشاد الجماعي والمتمثل في المحاضرة والمناقشة نظراً لما يتيحه من تبادل الخبرات كما يحقق نتائج جيدة فيما يتعلق بعملية تعليم الطفل المتوحد بعض المهارات التي تساعده على الاستقلالية والاعتماد على الذات في قضاء حاجاته اليومية .

**ولقد تناولت الجلسات المواضيع التالية بالمناقشة :**

(١) البرنامج التدريبي للطفل المتوحد (المستخدم في الدراسة) مع شرح مفصل لجميع فقرات وأنشطة البرنامج الذي يهدف إلى:

- فهم الطفل لنفسه وبيئته .

- استقلالية الطفل واعتماده على ذاته .
- تنمية المهارات الاجتماعية للطفل .
- زيادة تحكم الطفل في ذاته .

(٢) أهمية الأسرة بالنسبة للطفل المتوحد نظراً لما لها من دور قوي في تدريبه وعلاجه وأنه بدون الأسرة لا تستطيع المدرسة عمل أي برامج ذات أثر مع الطفل:

(٣) تشجيع الطفل على الاندماج مع الأطفال الآخرين (سواء في المدرسة ، النادي، مع الأقارب) .

(٤) توجيه نظر الوالدين إلى أهمية تقبل الطفل كما هو وتوفير فرص لتشجيعه في التعبير عن نفسه بأي طريقة تناسب الطفل .

**نتائج تطبيق البرنامج:**

وتشير النتائج إجمالاً إلى فاعلية البرنامج المستخدم في تخفيف حدة الأعراض السلوكية التي يعاني منها الطفل المتوحد متمثلاً في تنمية المهارات الاجتماعية واللغوية ومهارات رعاية الذات .

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج غالبية الدراسات التي أكدت على أهمية تقديم هذه النوعية من البرامج، ومن الملاحظ أن هناك صعوبة في التعامل مع الطفل المتوحد ويرجع ذلك – حسب ما ورد في الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي للأمراض والاضطرابات النفسية – IV DSM إلى أن اضطراب التوحد هو عبارة عن جملة أعراض لها بعض المظاهر الإكلينيكية منها اضطراب الانتباه والإدراك وضعف في العلاقات الاجتماعية والمهارات اللفظية والسلوك الحركي، ولهذا كان من الأفضل أن يتضمن البرنامج مجموعة من الأساليب العلاجية مثل العلاج السلوكي والعلاج باللعب ، العلاج البيئي ، العلاج بالفن والرياضة لكي

يكون ذا تأثير في سلوك الطفل ولقد أرجعت المؤلفة التأثير الإيجابي على سلوك الطفل المتوحد للنقاط التالية :

## أولاً : العلاج باللعب:

حيث يرى بعض العلماء والدارسين أن اللعب يعمل على تنمية المهارات الاجتماعية واللفظية لدى الأطفال سواء كانوا عاديين أو غير عاديين، ولهذا يستخدمه البعض كقاعدة أساسية في أي برنامج يقدم للطفل المتوحد ليساعده على تنمية المهارات الاتصالية والاجتماعية .

Lessica, 2000, Suzanne & Marie (1996)

كما توصل Throp & Danielle, (1995) إلى أن اللعب الدرامي الاجتماعي له تأثير إيجابي على المهارات اللغوية واللعب التخيلي لدى الطفل المتوحد، كما أن استخدام برنامج يتضمن أسلوب اللعب مع مجموعة من الأطفال العاديين أدى إلى تحسن ملحوظ في القدرة اللغوية ومستوى العلاقات الاجتماعية لدى الطفل المتوحد .

## ثانياً : العلاج السلوكي:

يرى معظم الخبراء في مجال علاج الطفل المتوحد إلى أن برامج تعديل السلوك والتي ترتكز على العلاج السلوكي .

تعد من أفضل الطرق العلاجية ، حيث أوضحت الكثير من الدراسات الحديثة إلى أن هذه البرامج ذات تأثير واضح على تنمية قدرة الطفل على التفاعل الإيجابي مع الآخرين وتنمية مهارات الرعاية الذاتية .

Eikesth, (1999 ), Lovaas, (1987), Zanoli & Daglet,(1998 )

كما نجح Lord & Scholper, (1998) في استخدام أساليب التعزيز الإيجابي والسلبي وأسلوب تحليل المهام لتنمية المهارات الاجتماعية واللفظية وتحسين مستوى الأداء الأكاديمي للأطفال التوحديين .

## ثالثاً : العلاج بالفن : Art Therapy:

تؤكد الدراسات والأبحاث التي أجريت في هذا المجال على أن الأنشطة الفنية تساعد الأطفال التوحديين على تنمية إدراكهم الحسي عن طريق الإحساس باللون والخط والمسافة والبعد والحجم . كما أنها تدربهم على استخدام الأدوات والخامات والتحكم في الأدوات الكتابية .

ولقد أثبتت دراسة (Karneichors & Shimmel, (1991 أن العلاج بالفن أثبت فاعليته بالنسبة للأطفال التوحديين في تنمية مهاراتهم في استخدام الأدوات الفنية وتمكينهم من التعبير عن عالمهم الداخلي والبيئة المحيطة . كما يؤدي إلى بناء علاقة حميمة مستقرة مع المعالج حيث أظهر الأطفال تحسناً في العلاقات الاجتماعية مع المحيطين سواء في الأسرة أو المدرسة .

هذا بالإضافة إلى أن التدريب على الأنشطة الموسيقية يساعد على خفض وحدة وتكرار السلوكيات غير المقبولة اجتماعيا خاصة السلوك العدواني. (Edelson, et al.,(1999.

أيضاً استخدم (Swaggant, et al. (1995 القصص الاجتماعية لتعليم الطفل المتوحد السلوكيات المقبولة اجتماعياً . كما أضاف أن القصور الاجتماعي لدى هذا الطفل إنما يرجع إلى نقص التدريب بالسلوكيات المناسبة في المواقف الحياتية .

## رابعاً : الأنشطة الحركية:

استخدام الأنشطة الرياضية يساعد على تنمية المدركات العقلية للطفل من خلال التعرف على بعض المفاهيم المرتبطة بإدراك العلاقات المكانية والعمل على تنمية الحواس والتوافق العضلي والعصبي من خلال التآزر بين الحواس والعضلات بالإضافة إلى أنه يعتبر عاملا هاما ساعد على الاندماج والتفاعل مع الأطفال الآخرين أثناء أداء بعض الألعاب الجماعية مثل الكراسي الموسيقية ولعب الكرة ...

إلخ ، مما يؤدي إلى نمو شخصية الطفل بطريقة سليمة عن طريق خبرات النجاح ومن ثم يشعر الطفل بالتقبل والجدارة .( كمال مرسي ١٩٩٦ ).

ولقد وجد Rimland, (1998) التدريبات البدنية التي يمارسها الطفل المتوحد لها تأثير إيجابي على كثير من المظاهر السلوكية لدى هذا الطفل مثل اضطرابات النوم والسلوك العدواني ( سلوك إيذاء الذات ) وفرط الحركة بالإضافة إلى التأثير الإيجابي على درجة انتباه الطفل ومهاراته الاجتماعية .

وتوصل Mitchell, (1997) إلى أن التمارين التي يؤديها الطفل المتوحد أدت إلى تحسن مستوى الأداء الأكاديمي وخفض حدة سلوك إثارة الذات . ويرى Celibert et al., (1997) أن ممارسة رياضة العدو المتأني ساعد على خفض حدة سلوك إثارة الذات لدى الأطفال المتوحدين .

كما لاحظ Creedon, (1993) زيادة النشاط الاجتماعي للأطفال التوحديين وخفض حدة السلوكيات الغير مقبولة اجتماعياً من خلال استخدام برنامج يتضمن بعض الأنشطة الحركية والفنية .

## خامساً : البرنامج الإرشادي للوالدين:

يعتقد كثير من العلماء والمهتمين بدراسة هذا الاضطراب أن أسر الأطفال التوحديين يعانون من الضغوط النفسية والاكتئاب وينعكس ذلك على سلوك الطفل وتقدمه بشكل سلبي مما يدعو إلى الاهتمام بتدريب أسرة الطفل على كيفية التعامل معه وبالتالي يكون لهم دوراً إيجابياً في فريق العمل الذي يقدم الخدمة التعليمية للطفل . Factor et al., (1990).

ولهذا خلصت المؤلفة إلى نتيجة هامة هي ضرورة عمل برنامج إرشادي للوالدين والبدء بتطبيق هذا البرنامج قبل تعريض الطفل المتوحد للبرنامج التدريبي بفترة زمنية مناسبة لتهيئة مناخ بيئي مناسب لتعديل سلوك الطفل . وذلك من منطلق أن الأسرة هي الأكثر تعرضاً للضغوط النفسية الناتجة عن التعامل مع الطفل

المتوحد وهو الأمر الذي يحتم ضرورة إرشادها حيث إن عدم معرفة الوالدين باضطراب التوحد وأبعاده ومشكلاته وبالأساليب المناسبة للتعامل مع الطفل من الممكن أن يؤدي في النهاية إلى إحباط الجهود التي تبذل من أجل تعديل سلوك الطفل .

## استراتيجيات البرنامج الإرشادي:

أما بالنسبة للاستراتيجيات التي استخدمت في البرنامج فهي كالتالي :

### الإرشاد النفسي غير الموجه Non – Directive Technique :

وذلك من خلال تهيئة مناخ إرشادي يتسم بالود والفهم من جانب مرشد متقبل ومتفهم لمشاعر الوالدين ليساعدهم على طرح مشاعرهم وأحاسيسهم بخصوص الطفل ومشكلته وهو ما يعرف بعملية التنفيس الانفعالي ، حيث إن ذلك يمكن أن يساهم في حل مشكلات الوالدين الانفعالية وتحقيق المزيد من التوافق مع المشكلة النفسية ، كما يمكن الوالدين من فهم ما لديهم من ردود أفعال ومشاعر سلبية نحو الطفل وتحريرهم منها بمعنى عدم الاستسلام للضغوط النفسية (عبد المطلب القريطي،١٩٩٩ : ٢٣ ، ٢٤).

### الإرشاد النفسي الجماعي:

تتم العملية الإرشادية في موقف جماعي مع آباء الأطفال المتوحدين نظراً لما يتيحه هذا الأسلوب من فرصة لتعبير عن الانفعالات بطريقة مقبولة وينمي الثقة والتعاون بين المشاركين، وبالتالي فهو يحقق نتائج طيبة؛ نظراً لما يتسم به من مميزات وهي :

- يتيح الفرصة للوالدين للتفاعل مع بعضهم البعض والاستفادة من الخبرات الناجحة لكل منهم .

- مساعدة الوالدين على تعديل وتغير اتجاهاتهم وقدراتهم للتعامل مع مشكلات الطفل المتوحد على أسس واقعية .
- إتاحة الفرصة للوالدين لعرض مشاكلهم مع هؤلاء الأطفال علناً وبشجاعة مما يساعد على تخفيض حدة التوتر والضغوط الانفعالية.
- إشعار الوالدين بالمساندة والدعم الانفعالي من خلال الانفتاح على الأسر الأخرى ممن لهم نفس الظروف مما يساعدهم على تقبل الطفل المعاق .

**أسلوب حل المشكلة : Problem Solving:**

حل المشكلة من المنظور السلوكي هو عملية تهدف إلى تمكين الأسرة أن تتعامل بكفاءة أكبر مع مدى عريض من المشكلات الحياتية وهو من الأساليب التي تساعد على إعادة البناء المعرفي للفرد من خلال مهارة حل المشكلة بحيث يمكن أن تستخدمها الأسرة في المواقف الأخرى دون مساعدة من أحد ، فتتعلم كيف تحدد وتصوغ المشكلة على النحو الذي يساعد على حلها؛ وذلك لأن الفهم الخاطئ ووضعها غير المنطقي هو ذاته جزء من المشكلة ولكن التحديد المنطقي للمشكلة يساعد على مواجهة المشكلة الحالية وأي مشكلة أخرى تعترض الأسرة فيما بعد (علاء الدين كفافي / ١٩٩٩ : ٣٠٠ : ٣٠٣).

# المراجع

## أولاً: المراجع العربية:


١) أحمد أحمد عواد (١٩٩٤): التعرف المبكر على صعوبات التعلم النمائية في مرحلة ما قبل المدرسة ، بحث في المؤتمر العلمي الثاني/ معهد دراسات الطفولة – جامعة عين شمس ص ٣٠٤- ٣٤١.

٢) أحمد محمد عبد الخالق (٢٠٠٠): الدراسة التطورية للقلق، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

٣) إرينيه جوهانسون (١٩٩٨): النمو اللغوي لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، " الاتصال الأدائي" ترجمة أنس محمد قاسم ، الإسكندرية ، مركز الإسكندرية للكتاب .

٤) أشرف عبد الغفار عبد البار محمد (٢٠٠٤): فاعلية برنامج معرفي سلوكي لعلاج صعوبات التعلم الاجتماعية والانفعالية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية. رسالة دكتوراه ، كلية التربية، جامعة عين شمس.

٥) أمان محمود محمد (١٩٩٧): الاضطراب النفسي والصعوبات المعرفية لدى الأطفال بطيئي التعلم. مجلة أبحاث ودراسات ، مكتبة الأنجلو المصرية.

٦) أمان محمود، وسامية صابر (٢٠٠٣): تقدير السلوك، مركزية الذات، القلق النفسي لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم، المؤتمر السنوي العاشر لمركز الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس، القاهرة (ديسمبر ٢٠٠٣) .

٧) أنور محمد الشرقاوي (١٩٨٣): دراسة لبعض العوامل المرتبطة بصعوبات التعلم لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية بالكويت. مجلة سيكولوجية التعلم، ط٢ ، جـ٢، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.

٨) أنور محمد الشرقاوي (١٩٩٦): استبيان العوامل المرتبطة بصعوبات التعلم في المدرسة الابتدائية ، كراسة تعليمات. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٩) بطرس حافظ بطرس (١٩٩٩): صعوبات التعلم، القاهرة ، حورس للطباعة والنشر.

١٠) بيرل س. بيرهان (٢٠٠٤): قواعد التشخيص والعلاج النفسي، ترجمة: محمد نجيب الصبوة، وجمعة سيد يوسف، القاهرة: أتراك للنشر والتوزيع.

١١) ثناء يوسف الضبع (٢٠٠٧): تعلم المفاهيم اللغوية والدينية لدى الأطفال، طبعة مزيدة منقحة ، القاهرة ، دار الفكر العربي .

١٢) جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي (١٩٩٨) : معجم علم النفس والطب النفسي ، ج١، القاهرة : دار النهضة العربية .

١٣) جمال الخطيب (١٩٩٨): مقدمة في الإعاقة السمعية، عمان، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

١٤) جمال الخطيب ومنى الحديدي (١٩٩٨): التدخل المبكر. مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة .عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

١٥) جمال مثقال القاسم (٢٠٠٠): أساسيات صعوبات التعلم . ط١، القاهرة : دار صفاء للنشر والتوزيع.

١٦) حامد عبد السلام زهران (١٩٨٠): التوجيه والإرشاد النفسي، ( ط٢) ، عالم الكتب.

١٧) حامد عبد السلام زهران (١٩٩٧): الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة: دار المعارف.

١٨) حامد عبد العزيز العبد،نبيل عبد الفتاح حافظ (١٩٩٦): مقدمة في علم النفس المدرسي ، القاهرة: دار الكتب.

١٩) حامد عبد العزيز الفقي(١٩٨٤): مفاهيم العلاج النفسي الأسري وأنماط التفاعل داخل الأسرة المريضة (النشأة والتطور)، الحولية الخامسة، جامعة الكويت: حوليات كلية الآداب.

٢٠) حسام الدين محمود عزب (١٩٨٠): العلاج السلوكي الحديث تعديل السلوك أسسه وتطبيقاته العلاجية والتربوية.سلسلة الدراسات النقدية.ط١، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٢١) ديفيد شيهان (١٩٨٨) : عرض القلق، (ترجمة عزت شعلان) ، الكويت: سلسلة عالم المعرفة، العدد (١٢٤).

٢٢) رحاب صالح محمد برغوث (٢٠٠٦): برنامج أنشطة مقترح لتنمية بعض مهارات الاستعداد للقراءة والكتابة للأطفال ذوى صعوبات التعلم في مرحلة رياض الأطفال، رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة،جامعة عين شمس.

٢٣) زيدان السرطاوي (١٩٩١): أثر الإعاقة السمعية للطفل على الوالدين وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات، جامعة الملك سعود، العلوم التربوية، مج ٣، ص٣٠٥-٣٣٥.

٢٤) زينب شقير (٢٠٠١): اضطرابات اللغة والتواصل لدى الطفل الفصامي – الأصم- الكفيف – التخلف العقلي – صعوبات التعلم – القاهرة ، دار النهضة العربية.

٢٥) سعدية بهادر (١٩٩٤): المرجع في برامج أطفال ما قبل المدرسة. القاهرة : مطبعة مدني .

٢٦) سعدية بهادر (١٩٩٤): علم نفس النمو. (ط٣) الكويت : دار البحوث العلمية .

٢٧) سمير سالم الميلادي ، حنان مدحت سراج الدين (١٩٨٩): رياض الأطفال في الوطن العربي بين الواقع و المستقبل، القاهرة، المجلس الاعلى للطفولة والتنمية .

٢٨) سمير عبد الوهاب محمود (١٩٩٦): قياس بعض قدرات الإبداع من خلال الأداء اللغوي لأطفال مرحلة الرياض ، مجلة كلية التربية بأسوان ، العدد (١١) ، ص ص ٤٠٧ – ٤٢٧.

٢٩) سميرة أبو الحسن عبد السلام(٢٠٠٦): الأداء الوظيفي الأسري، دراسة مقارنة لعينات متباينة من أسر الأطفال العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة. بحوث المؤتمر السنوي الحادي عشر، مؤتمر الإرشاد النفسي من أجل التنمية المستدامة، ج١ ، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ص: ١٢٥٠-١٢٩٩.

٣٠) سميرة علي جعفر (١٩٩٢): تعديل أكثر المشكلات السلوكية شيوعا لدى أطفال المدرسة الابتدائية باستخدام برنامج إرشادي في اللعب ، رسالة دكتوراه ، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة

٣١) سهير محمود أمين ( ٢٠٠٨ ) : برنامج أنشطة تربوية لتحسين مهارات التواصل اللفظي لدى أطفال الروضة ذوي مشكلات الخجل والانطواء، مجلة الدراسات في مناهج وطرق التدريس، الجمعية المصرية للمناهج، كلية التربية، جامعة عين شمس.

٣٢) سهير محمود أمين ( ٢٠٠٧ ) : برنامج إرشادي في تحسين الأداء الوظيفي الوالدي لدى مجموعتين من أسر الأطفال المعاقين عقلياً وسمعياً، المؤتمر السنوي الرابع عشر مركز الإرشاد النفسي جامعة عين شمس.

٣٣) سهير محمود أمين ( ٢٠٠٧ ) : برنامج علاجي تكاملي لتحسين صعوبات التعلم النمائية وفاعليته في خفض اضطراب القلق، مجلة التربية للأبحاث العلمية والتربوية والنفسية كلية التربية – جامعة الأزهر.

٣٤) سهير محمود أمين ( ٢٠٠٥ ) : اللجلجة التشخيص والعلاج، الطبعة الثانية، القاهرة : دار الفكر العربي.

٣٥) سهير محمود أمين ( ٢٠٠٤ ): اضطرابات النطق والكلام القاهرة : عالم الكتب.

٣٦) سهير محمود أمين ( ٢٠٠٢ ) : برنامج تدريبي في تخفيف حدة الاضطربات السلوكية لدى الطفل التوحدي، مجلة دراسات تربوية واجتماعية المجلد العاشر، العدد الثاني، كلية التربية – جامعة حلوان.

٣٧) السيد إبراهيم السمادوني (١٩٩٣): مقياس الخجل الاجتماعي، القاهرة:مكتبة الانجلو المصرية .

٣٨) سيد أحمد عثمان (١٩٧٩): صعوبات التعلم، القاهرة، الأنجلو المصرية.

٣٩) سيد صبحي (٢٠٠٣): الإنسان وصحته النفسية ،الدار المصرية اللبنانية ، القاهرة ، ط١.

٤٠) السيد محمد غنيم ( ١٩٧٣): الشخصية محدداتها وقياسها ونظريتها ، دار النهضة العربية ، القاهرة.

٤١) شاكر قنديل (١٩٩٨): الإعاقة كظاهرة اجتماعية، بحوث ودراسات، المؤتمر القومي السابع للفئات الخاصة والمعاقين ذوى الاحتياجات الخاصة والقرن الحادي والعشرين في الوطن العربي، ص٥٢-٦٤.

٤٢) صالح محمد أبو جادو (١٩٩٨): علم النفس التربوي، عمان: دار المسيرة للنشر و التوزيع .

٤٣) طلعت منصور (٢٠٠٠): " بناء الإنسان لمجتمع أفضل" توجهات مستقبلية مع بداية قرن جديد وألفية جديدة ، المؤتمر الدولي السابع لمركز الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس.

٤٤) عادل رياض مهنى( ١٩٧٩): مدى فاعلية دور الحضانة في تنمية بعض سمات الشخصية والمهارات اللغوية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .

٤٥) عباس عوض (١٩٨٥): مدخل إلى الأسس النفسية والفسيولوجية للسلوك، الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية .

٤٦) عبد الرحمن العيسوي (١٩٩٩): مشكلات الطفولة والمراهقة ، أسسها الفسيولوجية والنفسية ، بيروت : دار العلوم العربية .

٤٧) عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠١): سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة، أساليب التعرف والتشخيص . جـ ٤، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

٤٨) عبد الستار إبراهيم (١٩٩٣) : العلاج السلوكي للطفل : أساليب ونماذج حالته ، الكويت : سلسلة عالم المعرفة ، العدد (١٨).

٤٩) عبد العزيز السيد الشخص (٢٠٠٤): تعديل سلوك الأطفال العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة: مركز الفتح للطباعة.

٥٠) عبد العزيز السيد الشخص (٢٠٠٦): مقياس المستوى الاجتماعي – الاقتصادي للأسرة ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

٥١) عبد العزيز السيد الشخص، وحسام الدين محمود عزب ، ومنى حلمي سند(٢٠٠٦): الصحة العامة ورعاية ذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة: مكتبة الفتح.

٥٢) عبد العزيز الشخص ، عبد الغفار عبد الحكيم الدماطي (١٩٩٢): دور التربية الخاصة وتأهيل غير القادرين ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.

٥٣) عبد العزيز الشخص، زيدان أحمد السرطاوي (١٩٩٨): دراسة احتياجات أولياء أمور الأطفال المعاقين لمواجهة الضغوط النفسية، بحوث المؤتمر القومي السابع للاتحاد، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة مج ٢ ، ص ٥٥-٨١.

٥٤) عبد العزيز القوصي ، وهدى برادة ، حامد زهران (١٩٧٤): اختبار عين شمس للذكاء الابتدائي، القاهرة : عالم الكتب.

٥٥) عبد المطلب أمين القريطي (٢٠٠١): سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، القاهرة: دار الفكر العربي.

٥٦) عبد المطلب أمين القريطي (٢٠٠٣): في الصحة النفسية، القاهرة:دار الفكر العربي

٥٧) عبد المنان ملا معمور (١٩٩٧) : فاعلية برنامج سلوكي تدريبي في تخفيف حدة أعراض اضطراب الأطفال التوحديين ، المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي ، المجلد الأول ، جامعة عين شمس : كلية التربية ص٤٣٧ : ٤٦٠ .

٥٨) عبد الوهاب محمد كامل (١٩٩٩): التعلم العلاجي بين النظرية والتطبيق، الأسس العلمية لبرامج تعديل السلوك ، ط١، القاهرة : دار الكتب والوثائق القومية.

٥٩) عثمان لبيب فراج (١٩٩٥) : سيكولوجية التوحد أو الاجترارية، النشرة الدورية اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، العدد (٤٠) ، ص ٢-٨ .

٦٠) عزة محمد سليمان السيد (٢٠٠١): فاعلية التعلم العلاجي في تخفيف صعوبات التعلم النمائية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية. رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة عين شمس.

٦١) عفاف عبد المحسن الكومي (٢٠٠٧): فاعلية برنامج تفاعل لفظي لتحسين السلوك التكيفي للاطفال المعوقين عقلياً ، رسالة دكتوراه معهد بحوث الدراسات التربوية ، جامعة القاهرة .

٦٢) علاء الدين كفافي ( ١٩٩٩) : الإرشاد والعلاج النفسي والأسري المنظور النسقي الإتصالي ، (ط١) ، دار الفكر العربي.

٦٣) علاء الدين كفافي (١٩٩٧): الصحة النفسية، القاهرة: دار الفكر العربي.

٦٤) عمر بن الخطاب خليل (١٩٩٤) : خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحدية على استخبار أيزنك لشخصية الأطفال ، مجلة معوقات الطفولة ، مجلد (٣) العدد (١) .

٦٥) فائقة علي عبد الكريم (١٩٩٥): برنامج مقترح لتنمية التذوق الجمالي لطفل ما قبل المدرسة ، رسالة ماجستير ، جامعة عين شمس ، كلية التربية .

٦٦) فاروق الروسان(١٩٩٩): مقدمة في الإعاقة العقلية.عمان دار الفكر .

٦٧) فاروق السيد عثمان (١٩٩٤): سيكولوجية اللعب والتعلم ، القاهرة ، دار المعارف .

٦٨) فاروق السيد عثمان (٢٠٠١) : القلق وإدارة الضغوط النفسية، القاهرة: دار الفكر العربي.

٦٩) فاروق صادق (١٩٩٥): الإعاقة العقلية في مجال الأسرة، مراحل الصدمة والأدوار المتوقعة للوالدين، المؤتمر القومي الأول للتربية الخاصة، بحوث ودراسات في التربية الخاصة.

٧٠) فتحي السيد عبد الرحيم ( ١٩٨٣ ) : قضايا ومشكلات في سيكولوجية الإعاقة ورعاية المعوقين، الكويت: دار القلم.

٧١) فتحي مصطفى الزيات (١٩٩٨): صعوبات التعلم: الأسس النظرية والتشخيصية والعلاجية . القاهرة: دار النشر للجامعات.

٧٢) فرج عبد القادر طه (١٩٩٣): موسوعة علم النفس والتحليل النفسي،الكويت:دار الصباح .

٧٣) كاميليا عبد الفتاح (١٩٩١) : العلاج النفسي الجماعي للأطفال باستخدام اللعب، القاهرة : مكتبة النهضة العربية .

٧٤) كريمان محمد بدير ، إميلي صادق (٢٠٠٠): تنمية المهارات اللغوية للطفل ، القاهرة ، عالم الكتب.

٧٥) كمال إبراهيم مرسي (١٩٩٦): مرجع في علم التخلف العقلي، الكويت، دار القلم.

٧٦) كيرك وكالفنت (ترجمة) زيدان السرطاوي وعبد العزيز الشخص (١٩٨٨): صعوبات التعلم الأكاديمية والنمائية،الرياض: مكتبة الصفحات الذهبية.

٧٧) لس جبلين (ترجمة مكتب جرير) (٢٠٠٠): كيف تتمتع بالثقة والقوة في التعامل مع الناس ، الرياض: مكتبة جرير .

٧٨) لويس كامل مليكة (١٩٩٨): مقياس ستانفورد بينيه للذكاء ، الصورة الرابعة (ط٢) ، القاهرة :مكتبة النهضة المصرية .

٧٩) لويس كامل ميلكة ( ١٩٩٠ ) : العلاج السلوكي وتعديل السلوك، الكويت: دار القلم.

٨٠) ليلى أحمد كرم الدين(٢٠٠١) : اللغة عند الطفل ، تطورها ، العوامل المرتبطة بها ومشكلاتها، مكتب أولاد عثمان للكمبيوتر وطباعة الاوفست ، القاهرة .

٨١) محمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٨): نظريات الشخصية ،(ط١) ، دار قباء للطباعة والنشر.
٨٢) محمد عبد الفتاح محمد دويدار (١٩٩٦): سيكولوجية النمو والارتقاء،الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية .
٨٣) محمد محروس الشناوي (١٩٩٤): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر.
٨٤) محمد محروس الشناوي (١٩٩٦): مرجع في الإعاقة العقلية ، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
٨٥) محمود حمودة (١٩٩١) : الطفولة والمراهقة ، المشكلات النفسية والعلاج .
٨٦) محمود عبد الرحمن حمودة (١٩٩٧): النفس وأسرارها وأمراضها ، القاهرة: مكتبة مصر.
٨٧) منذر الضامن (٢٠٠٣): الإرشاد النفسي أسسه الفنية والنظرية ، مكتبة الفرح للنشر والتوزيع ، الكويت ، ط١.
٨٨) نادر فهمي الزيود (١٩٩٨): نظرية الارشاد والعلاج النفسي، القاهرة: دار الفكر العربي.
٨٩) نبيل عبد الفتاح حافظ (٢٠٠٠): صعوبات التعلم والتعليم العلاجي، ط١، القاهرة : مكتبة زهراء الشرق.
٩٠) نهلة عبد العزيز الرفاعي (١٩٩٥): تصميم اختبار باللغة العربية لتقويم لغة الطفل.رسالة دكتوراة،كلية الطب،جامعة عين شمس.
٩١) هدى محمد قناوي (١٩٨١): الطفل تنشئته وحاجاته ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .

## ثانياً المراجع الأجنبية:

1) Abbeduto L;Benson,G.&Dolish,J.(1995): Effects of Context on the Expressive Language of Children and Adolescents with Journal of Speech Disorder, Vol.(33).NO.(5),pp.279-288

2) Abdalla, J.,(1994): Autism in Egypt, Trends & Perspectives. The International pan-Arab Congress of Psychiatry, Novamber. PP.16 – 18 .

3) Alan Ross (1977): Learning Disability, The Unrealized Potential Mc Grow London Hill Book Company,.

4) American Psychiatric Association (1994) : Diagnostic & Statistical Manual for Mental Disorders. 4th ed. D S M – IV Washington D.C.

5) Autism Society of America (1999): Autism, an Introduction, Came from the Net,http://www.Autism-Society.org

6) Banasich , Curtiss & Tallal (1993): Language Learning and Behavioral Disturbance a Childhood. Journal of American Academy of Child Psychiatry, 32, P. 585- 594.

7) Beck,R. Piroivano, M. (1996): Facilities Communicators Performance on Task of receptive Language. Journal of Child and Development Disorder. Vol. (6) No. (5).

8) Bergan, J. (1988): Effects of Instruction Variables of Language of Pre-School Children. University of Arizona , American Educational Research Journal, Vol. (5), No. (2).

9) Bierman, K., & Wargon, J. (1995) : Predicting the longitudinal Course Associated with Aggressive- Rejected, Aggressive (non-rejected) and Rejected (non aggressive) Status. Development and

10) Biklen, D. (1993): Communication unbound: How Facilitated Communication is Challenging. Traditional Views of Autism & Ability Disability. Teachers Collage Press Columbia University.

11) Bissell,P (1990): A Study of Effects of a Home/School Communication Model on Improving Parents Involvement, Diss. Abs., Int., Vol. 50 (9), P. 2869.

12) Blankenship, J., Charles (1993): A Feed Study of Social Cognition Training Program for Deaf Adults. Diss Abs., Inter., Vol. 54 (5A), PP. 1674.

13) Boisen, Melissa Ann (1998): Family functioning and children's household responsibilities in divorced single-parent families, Diss. Abs. Int.Vol.55 (9A),3004.

14) Booizin, Acocella & Alloy, A., (1993) : Abnormal Psychology, Current Perspectives, McGrow-Hill.

15) Bowling, Stephanie, W.& Kearney, Lisak & Lumadue, Christine, A. (2002): Considering Justice: An exploratory study of family the Rapy with adolescents. Journal of Marital and Family Therapy. Vol. 28 (2), PP. 213-223.

16) Bruce Bower (1989): Remodeling the Autistic Child, Parents Join Clinicalns to Transform the Tragedy of Autism. Came from the Net Clib P.D.F. www.fastio.com.

17) Bryan, T. (1991): Social problems and learning disabilities in Wong, B. (Ed.) Learning about learning disabilities P.P. 190-231. San Diego: Academic press.

18) Buhagiar, Nathalie (1999): Therapiests Experience of Treating Preschool Autistic Children, Paper in Conference Autism, hrrp://www.Autism99.org.

19) Byrne, E. & Cunningham, C. (1985): The Effects of Mentally Handicapped Children of Families. Journal of Child Psychology and Psychoiatry. PP. 847-864.

20) Cantwell & Baker (1980) : Behavioral Characters of Children with Communication Disorders Psychiatric. Jun., Vol. (5), No. (2). Psychopathology(7) P. 669-682.

21) Carrison, Harrell, L. et al., (1997): The Effects of Peer Networks on Social Communicative Behavior for Students with Autism. Focus on Autism and Other developmental Disabilities, Vol. 12(4).

22) Cavanaugh, S., Tervo , R. C., Fogas , B. (1997): The child with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Learning Disabilities, Med., 50,6, PP. 193-197.

23) Cheek,J.M&Buss,A.H.(1981):Shyness&Sociability, Journal of Personality & Social Psycholgy 1(23).

24) Corey, G. (1996): Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy; An International Thomson Publishing Company, Washington.

25) Corsino,A & Robert, H. (1996): Parental Educational Expectations for Adolescents with Disabilities. Exceptional Children, Vol. 6 (6), PP. 515-523

26) Craig- Unko Fer, L.and Kaiser, A. (2002):Improving the Social Communication Skills of At-Risk Preschool Children in a Play Context, Topics in Early Childhood & Special Education . 22 : 1 P. 3-13.

27) Crozier, W. Ray (1990):Shyness &Embarrassment Perspective from Social Psychology, Cambridge University Press.

28) David , Hall & Peter , Hill (1996): the children with disabilities (2 nd Ed) . Oxford Blackwell Science Ltd.

29) David , Harford & Joel , Schauf (1994 ): Early intervention of children at risk for reading disabilities . Journal of Learning Disabilities, le. 27 , (6 ) PP. 371 -383.

30) Davis, R.(1990) : A model for the Integration of Music Therapy within Preschool Classrooms for Children with Physical Disabilities or Language delays. Music- Therapy-Perspectives, Vol.(8) PP 82-84 .

31) Delambo, Kirsten (2003): The Impacts of Cystic Fibrosis on the Family: The Linkage Between Family Functionaing and Treatment Adherence, Diss. Abs. Inter. Vol. 63 (B), pp. 5510.

32) Diamond, Gyu, S. & Howard, Liddle, A. (1999): Transforming Negative Parent Adolescent Interactions: From Impasse to Dialogue. Family Process, Vol. 38 (1), PP. 5-23.

33) Dllen, M. H., (1989): Simultaneous Processing Abilities of High Functioning Autistic & Language, Journal of Autism Developmental Disorder. Vol. 21 (4) 483-502 .

34) Edelstein, Karen, Wessel (1993): Childhood and Adolescent Depression: A Family Therapy Approach. PSYD. Widener University: Institute for Graduate Clinical Psychology.

35) Elder & I. H.: (1995): Home communication Intervention Training for Parents of Multiply H&icaPPed Children Schoolarly inquiry for Nursing Practice. Vol.9 (1) P.72-92. Sep. (1995).

36) Epps , Susan & Jackson , Barbara ( 2000 ): Empowered families, successful children early intervention programs . Washington American Psychological Association.

37) Factor, et al., (1995): Stress Social Support & Respite Care Use in Families with Autistic Children. Journal of Autism & Developmental Disorders. Vol.20 (1) PP.139 -146.

38) Farrington, Deborah (2004): Parental Perception of Marital and Family Functioning Following Pediatric Traumatic Brain Injury. Diss. Abs. Inter. Vol. 64 (8B), pp. 4034.

39) Frankel, M. & Moye, E. (1984): The Effects of Cognitive Level on Clustering in Free Recall. Journal of Psychology. P117.

40) Fraser, D.,(1989) : Language Services for Severely Impaired Preschools. New York, Sansisco, I.W.C.

41) Gallagher, J. (1986): The Family with a Child who is Handicapped. In Gallagher, J. and Weiner, B. Alternative Futures in Special Education, V. (A), Council for Exceptional Children.

42) Gallagher, J. Beckman & Cross, A. (1983): Families of Handicapped Children Sources of Stress and its Amelioration Exceptional Children, PP. 10-19.

43) Garcia , Jesus & Decaso , Ana ( 2004 ): Effects of motivational intervention for improving the writing of

children with learning disabilities . Journal of Learning Disability Quarterly ,27. PP. 141 - 159.

44) Gosgray, K., (1990): Behavior Checklist for Gifted Third-Grade Students. Diss. Abst. Int., Vol. (50), No.(7),A., P. 193A.

45) Greenberg, G. M. (1983): Family Stress and Child Competence: The Effects of Early Prevention for Families with Deaf Infants; Journal of child psychology, PP. 407-416.

46) Hallahan, D. P. (1991): Exceptional Children, New Jersy, Pentric Hall.

47) Harris, S.G., (1985): The Use of Manipulative in the Development of Pre readiness Skills in Disadvantages Kindergarten Children. D.A.I., Vol.(45), No.12,P.353 2.A Jun.

48) Hatcher , Peter ; Hulme , Charles & Snowling , Margaret ( 2004) : Explicit phoneme training combined with phonic reading instruction helps young children at risk of reading failure . Journal of Child Psychology and Psychiatry ,45 (2) PP.338- 358.

49) Heikkila, Jyrki et al. (2004): Family Functioning, Expressed Emotion and Family Type in Families with First Episode Sever Mental Disorder, Psychiatric Finical, Vol. 34, PP. 155-169.

50) Heimo, Helena ( 2003 ): Learning disabilities & relational concepts at preschool age Dissertation Abstracts International , 64 , 4 ( c ) PP. 941.

51) Hemphill, Sheryl, A. & Littlefield, Lyn (2001): Evaluation of a Short- Term Group Therapy Program for Children with Behavioral Problems and Their Parents. Behavior Research and Therapy, Vol. 39 (7),pp 823-841.

52) Herbert, James, T. (1997): Attitudes and perceptions concerning "-'persons with disabilities : Potential for growth In : Deeply Rooted Branching out, Annual AEE Internalional Conference.

53) Heru, Alison et al. (2004): Family Functioning in the Caregivers of Patients with Dementia, International Journal of Genetic Psychiatry, Vol. 19 (6), PP. 533-537.

54) Heward , William & Orlansky , Michael (1992): Exceptionr Children. (4 th Ed) . New York Macmillan Publishing Company .

55) Jeffries , Sharman & Everatt , John ( 2004): Working memory: it. role in dyslexia and other specific learning difficulties New York John Wiley & Sons , Ltd .

56) Karen, L. (1981): Manual Communication Training for Non Speaking Reading Children, Journal of Pediatric Psychology, Mar. Vol. 6 (1) P. 15-27.

57) Karnes, M.B., Taskas, J.A. & Hodgins A.S. (1976): Successful Implementation of Highly Specific Preschool Instructional Program by Paraprofessional Teachers. Journal of Special Education, 4.

58) Kauffman, I. M. (1992): Exceptional Children, Introduction to Special Education MA Allyn and Bocon Journal (6)pp. 104-120.

59) Kendall. P.C. (1994): Treating Anxiety Disorders in Children Results Consulting And Clinical Psychology, 62, (1) PP. 142.

60) Kirk, S., & Chalfant , J. (1984): Developmental and academic learning Disabilities . Denver : Liove Publishing.

61) Koegel, R., Rincover & Egel, A. (1982): Education & Understanding autistic children, San Diego, Collage – Hill.

62) Kottman, Murro, T. (1995): Guidance and Counseling in the Elementary and Middle Schools; Modision, Wisconrin, London.

63) Kurg, Arick & Almond, F., (1993): Autism Screening Instrument for Educational Planning, Autism, TX., Pro.-Ed.

64) Landy, Sarah: M. & Sockett-Dimarcio, (1997): A Pilot Study to Evaluate a Treatment Model for Parents of Preschoolers with Behavioral Problems. Early Child Development Care,No. 131,pp. 45-64.

65) Leonard, A. (1998): An Integrated Family Therapy Approach to Hearing Impaired, Family (Behavioural Problems); Diss, Abs., Int., Vol. 55 (12), pp. 5553.

66) Lessica, Kingsfey, (2000): Autism therapies, "Evaluation Autism therapies" the National Institute of Mental Health "Treatment of Young Children with Mental "The White House Conference, arch 20, Paper Came from the Internet.

67) Levitt. Eugne (1980): "The Psychology of Anxiety", New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates Publisher Hillsdale.

68) Libby, K. D. (2003): Early Communication Skills for Children with Down syndrome, 2nd ed., United States of America, Woodbine Press.

69) Lida, Helene, p. (1993): Dysfanctionment Cognitive at Manifestations Psychiatrics Dans le Syndrome de Fragile Autism et x Fragile, Psychiatic de'Enfant.

70) Lonescu, Aurrelia (1985): Clinical Phenomena of Family Psychopathology: Diagnostic Reference Points From the Perspectives of Family Psychotherapy. Journal of Revue-Roumain Des Sciences Socials Serie De Psycholoyie. Vol. 29 (2), PP. 147-156.

71) Lovaas, I.. O. (1987): Behavioral Treatment & Normal Educational & Intellectual Functioning in Young Autistic

Children. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 55 PP – 3 – 9.

72) Maccow Gloria C., (1991): Using assessment data to plan instructional programs for students with learning difficulties "Contemporary Education" V. 62 , N. 4, PP. 255-258.

73) MACKAY,G.&Dunn,W.(1989):EarlyCommunicative Skills.London & New York. Routledge .

74) Manitaba Special Education Review (1998): Play therapy, MFEAT submission to Special education Review, Paper from the Internet.

75) Merrigan, J.P. (1980):Cognitive and Behavioral Social Problem Solving Skills Training and Children's Behavioral Adjustment. Diss. Abs. Int. No. (10-B0) PP. 5011-5012.

76) Micheal, Tamasello & Camaiani & Luigia (1997): A Comparison of the Gastural Communication of Apes & Human Infants, Journal Human Development, vol. 40 (1) PP. 7 – 27.

77) Miklowitz, David (1994): Family Systems In Ramachandran, Encyclopedia of Human Behavior. No: 2, Cop-1, (PP. 371-379), New York: Academic Press.

78) Mullin, Eileen & Quigley, Karen (1994): A Controlled Evaluation of the Impact of a Parent Training Programme on

Child Behaviour and Mothers'U. General Well-Being. Counselling Psychology Quarterly"( 7 ),pp. 167-180.

79) Myers, Helen (2005): How Elementary School Counselors Can Meet The Needs Of Students With Disabilities. Journal Citation: Professional School Counseling, 8 , N5 . PP.351

80) Ohannessian, Christine M. & Lerner, Richard M.: & Von Eye, Alexander (1995): Discrepancies in adolescents and Parents Perceptions of Family Functioning and Adolescent Emotional adjustment, Journal of Early Adolescence, Vol. 15 (4), PP. 490-516.

81) Ozonoff, Sally & Cathant, K., (1998): Effectiveness of a Home Program Intervention for Young Children with Autism, Journal of Autism and developmental disorders. Vol. 28 (1)

82) Pool, Elsa, Rae (1993): Adolescent Depression: The Impact of Parental Divorce Duing Childhood as it Manifests Itself in Adolescence. DSW. Thulane University School of Social Work, Diss. Abs. Inter. No: AAC9403436.

83) Porter, B. I., Gddstein, E. & Galil, A. (1992): Diagnosing the Strange Child Care Health Development. 18(1): 57 – 65 .

84) Ray, Wendel, A. (1992): Our Future in the Past: Lessons From Don Jackson for the Practice of Family Therapy with Hospitalized Adolescents. Journal of Family Therapy. Vol. 19 (2), PP. 61-71.

85) Redmond, S.M. and Rice, ML (2002):Stability of Behavioral Ratings of Children with SLI. Journal of Speech Language, and Hearing Research. Vo. (45) PP. 190-201 Feb. 2002.

86) Reid, L. (1990): Thinking Skills, Resource Book, Creative learning Press. Mansfield Connecticut. U.S.A.

87) Ribeiro, Lolonda (2005): Reding Disabilities: A Preventive Program For lst Grade Students. Psicologa Educacao, Cultura, v9 .

88) Richardson , Wortis ( 1998 ) : Mental retardation . New Jersey Lawrence Erlbaum Associates , Publishers .

89) Rimland, Bernard & Baker, S. M., (1996): Alternative Approaches to the Development of Effective Treatment for Autism Journal of Developmental Disorder. V. 2(2) PP. 36 – 41 .

90) Robert, L.K., (1990):Phonetic Therapy, Revisited of its Effectiveness as a Treatment for Communication Problems. Communication Education. Vol. (39), PP. 207-2006.

91) Robert,Hohn,D. (1995):Social Learning International. New York, University Press

92) Robinson, Elizabeth, A. R. (1996): Causal Attributions About Mental Illness: Relationship to family functioning, American Journal of Orthopsychiatry, Vol. 66 (2), PP. 282-295.

93) Rothenberg , Julia ( 1990 ): An outcome study of an early intervention for specific learning disability . Journal of Learning Disabilities ,23(5 ) PP.317- 319.

94) Rubin (1992): Expressive Language Deficits in Preschool Children and Faculty. Development of the Self Description and Case Study. American Journal- of Orthopsychiatry, Jan-Vol. 52 (1).

95) Salisburg, Christine, L. & Smith, Barbara, (1993): Effective Practices for Preparing Children with Disabilities for School, New York: The Council for Exceptional Children.

96) Satir, Virginia, et al. (1983): Helping Families to Change, New York: Jason Aronson.

97) Schermerhorn , John ; Hunt , James & Osborn , Richard ( 2002 ): Organizational behavior . ( 7 th . Ed ) . New York : John Wiley & Sons,Inc.

98) Schoenwold, O. B. (1984): A Communication Program for Enhancing Interaction in Families with a hearing – Impaired Child, Child Psychology Journal, PP. 362-369.

99) Schwartz, Linda, Dodek (1993): The Relationshop Between Gender, Depression, and Anti-social Behavior: An Investigation of Stress, Coping, Family Relationships and Self-Image, Ph.D., Depaul University. Diss. Abs. Inter. No: AAC9333539.

100) Scott Adams, L.(1998): The effectiveness of a social cognitive problem solving training program for children who have a learning disabilities, Reading Disabilities ; Dissertation Abstracts International, PP. 36- 60.

101) Sellars , Carol (2002 ): Risk assessment in people with learning disabilities . Oxford : Blackwell Publishing Company.

102) Semel, E., M., & Elizabeth, & Semel, H., (1981): Auditory Processing Program: Training Effects among Children with Language- learning Disabilities. Journal of Learning Disabilities.

103) Sharma , Gitanjali ( 2004 ): A comparative study of the personality characteristics of primary-school students with learning disabilities and their nonlearning disabilities peers Journal of Learning Disability, 27, PP. 127- 140.

104) Siegel, Brany (1996): The Autistic Children Understanding & Treating Autistic Spectrum Disorder. Oxford University Press, U.S.A.

105) Simpson & Regan (1986): Management of Autistic Behavior, Autism. TX. Pro-Ed.

106) Smith, Robert, L. Stevens, Smith, P. (1992): Basic Techniques in Marriage and Family Counseling and Therapy.

Eric Document. Online ED350526. Http://www.ed. gov/databases/eric_dogests/ed360520.html.

107) Spence S,M (1998),: A Measure of Anxiety Symptoms ambng: Children Behavior Research a Therapy ,36, PP.545-566.

108) Spence, 5(1997): The Spence Childrens Anxiety Scale (SCAS)Structure ofAnxiety Symptoms Among Children : A confirmatory Factor -Analytic Stdy. Journal ,2, PP.280-297. Abnormal Psychology,

109) Stakes , Richard & Hornby, Garry ( 2000 ) : Meeting special needs in mainstream schools. (2 nd Ed). London British Library.

110) Steinberg, G., Davila, & Collazo, Sr. & Loew, G.: (1997): A Little Sign and a Lot of Love: Attitudes, Perceptions, and Beliefs of Hispanic Families with Deaf Children. Qualitative Health Research. Vol. 7 (2), PP. 202-222.

111) Stephonie H. Mconaughy, (1996): Social Cbmpetence And Behavioral Problems Of Learning Disabled Boys Aged 12-16 Journals Of Learning Disabilities 19.(2).

112) Stewart, J. C. (1986): Counseling Parents of Exceptional Children, Columbus, Charles Merrill.

113) Sutherland,G.A. (1996): The International Dictionary of Psychology; Second Edition, Crossroad, New York.

114) Suzannes & Marie (1986): Teaching Communication to Children with Language of Autism Strategies for Change, New York: Gardner Press.

115) Swaggant, Brenda, L. et al., (1995): Using Social Stories to Teach & Behavioral Skills to Children with Autism Focus on Autism Behavior, V.10 (1) PP.2-16.

116) Swanson , H ; Cooney , John & O'shaughnessy , T ( 1998 ): Learning disabilities and memory . Bernice , Wong ( Ed ) . learning about learning disabilities. (2 nd Ed ) . San Diego California: Academic Press . pp . 107- 162 .

117) Tafa, E., and Chouverakis, G., (2002: Kindergarten Teachers' Perceptions of Intervention Strategies for Young Children with Mild Learning and Behavior Problems. International Journal of Early Childhood 32 (2) ISSN 0020-7187. PP45.

118) Throp, Danielle M. (1995): Effects of Sociodramatic Play Training on Children with Autism. Journal of Autism & Development Disorder, V. 25 (3) p.265.

119) Turner, P. & Hammer, T. (1994):Child Development and Early Education. Boston, Ally and Bacon.

120) Vance, Yvonne et al. (2004): Parents Views of the Impact of Childhood Brain Tambours and Treatment on Young People's Social and Family Functioning. Clinical Child Psychology & Psychiatry, Vol. 9 (2), PP. 271-288.

121) Vonkleeck, A. & Frankel, T. (1981): Discoursed Devices used by Language Disordered Children a Preliminary Investigation. Journal of Disorders, Vol. 46 (93), PP. 250-257.

122) Walker, H. & Severson (1992):Systematic Screening for Behavior Disorders Longmont. Co: Sopris West.

123) Walker, H. & Severson, H. & Feil, E. (1995):The Early Screening Project Approving Child- Find Process. Longmont Co: Sopris West.

124) Walson, Linda, R., (1998): Following the Child's Mother's Interaction with Children with Autism. Journal of Autism & Development Disorder, Vol. 28(1), PP.51-59.

125) Warren, G. Jane (1983): The Relationship Between Self-Concept of Deaf Children and Selected Other Variables. Diss Abs. Inter. Vol. 45 (8A), P. 2461.

126) Waynstafe, E. (1996): The Relationship Between Perception of Stigmatization Self-Concept and Attritional. Diss. Abs. Inter. Vol. 57 (2A), P. 897.

127) Whelan, Margaret & Walker, N. (1999): Effective Teaching Strategies & Essential Behavior Prevention Techniques, Paper in Conference Autism 99. Came from the Net http://www.Autism99.org.

128) Wolf-Schein, Enid (1999): Teaching Autistic Children Speech With a Smile, Paper in Conference Autism 99. http://www.Autism99.org.

129) Wynand,B.(1994) Psychotherapy with the Deaf Children, Diss. Abs. Int., Vol. 54 (11), PP. 4034-4035.

130) Zanolli, K. & Dagett, J. (1998): The Effects Of Reinforcement Rate on the Spontaneous Social Initiations of Socially with Drown Preschoolers, PP. 17 – 25 .

131) Zayas, Luis H. (1995): Family functioning and child rearing in an urban environment, Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics,16(3), 521 - 524.



# هذا الكتاب

- يعالج موضوعاً جديداً في الدراسات العربية وهو الإرشاد النفسي في مجال ذوي الاحتياجات الخاصة، وذلك من منطلق أن أسرة الطفل المعاق تواجه مستويات عالية من الضغوط النفسية.

- ويهدف هذا النوع من الإرشاد إلى توفير الحقائق والمعلومات اللازمة لإشباع الاحتياجات المعرفية للآباء فيما يتعلق بحالة الطفل المعاق وإشباع احتياجاتهم الوجدانية وأفراد الأسرة لمساعدتهم على فهم ذواتهم والوعي بمشاعرهم وإكسابهم مهارات التعامل مع هذا الطفل.

- ومن ثم يصبح دور الإرشاد النفسي هاما وفعالا لـ... الوالدين على مواجهة هذه الضغوط وعلى إعادة ... الظروف والأوضاع مع وجود طفل معاق.

- كذلك يحتوي هذا الكتاب على بعض البرامج الإ... كتطبيقات في مجال ذوي الاحتياجات الخاصة.






I.S.
...ويت والجزائر